

Undersökningsdatum

Den skadade

Efternamn och tilltalsnamn					Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer									
Gatuadress														
Postnummer och ort							Skadedatum (år, mån, dag)							

Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om ja, bolagets namn

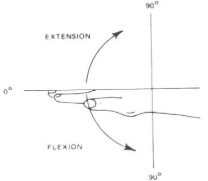

Här lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömandet av medicinsk invaliditet (bestående nedsättning av den skadades kroppsfunction från medicinsk synpunkt)

Diagnos p.g.a. skadefallet (såväl på latin som på svenska)	
Skade- och behandlingsförlopp	
Subjektiva besvär i yrke och under fritid	

ADL-funktion				
Tvättning <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Tandborstning <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Hårvård <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Rakning <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Toalettbesök <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt
Knäppa knappar <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Bilkörning <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Skrivning, hand <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Skrivning, maskin <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt	Matbestick <input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvär- ligt <input type="checkbox"/> omöj- ligt
Handskada <input type="checkbox"/> Höger <input type="checkbox"/> Vänster		Den skadade uppger sig vara <input type="checkbox"/> Högerhänt <input type="checkbox"/> Vänsterhänt		
<p>Volar respektive dorsal sida anges med nagelmarkering. Markera dessutom</p> <ul style="list-style-type: none"> -amputationer -stramande ärr -felställningar -lambåhud <ul style="list-style-type: none"> -fria hudtransplant -neurom -muskelatrofi <p>Bifoga gärna färgfotografi av sträckt och knuten hand</p>				

Undersökarens kommentarer

Undersökning

RÖRLIGHET	HÖGER	VÄNSTER																																								
Skulderleder	Elevation framåt-uppåt (flexion)	Elevation framåt-uppåt (flexion)																																								
	Elevation utåt-uppåt (abduktion)	Elevation utåt-uppåt (abduktion)																																								
	När med hand bakom rygg till Th nr (inåtrotation)	När med hand bakom rygg till Th nr (inåtrotation)																																								
	När med hand till nacken (utåtrotation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	När med hand till nacken (utåtrotation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																																								
Armbågsleder	/	/																																								
Underarm	Pronation /	Pronation /																																								
	Supination /	Supination /																																								
Handleder 	Extension /	Extension /																																								
	Flexion /	Flexion /																																								
	Ulnardeviation /	Ulnardeviation /																																								
	Radialdeviation /	Radialdeviation /																																								
Tumme	CMC-led radial abduktion /	CMC-led radial abduktion /																																								
	CMC-led volar abduktion /	CMC-led volar abduktion /																																								
	Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas	Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas																																								
	Minsta avstånd från tumtopp till fingertopp, cm II III IV V	Minsta avstånd från tumtopp till fingertopp, cm II III IV V																																								
	MCP /	MCP /																																								
	IP /	IP /																																								
Fingrar  <p>Passiv rörlighet anges endast om denna avsevärt avviker från den aktiva. Hyperextension anges med minustecken. Knytdiastas, minsta avstånd från fingertopp till volas distala böjveck vid handknytning.</p>	<table border="1"> <tr><td>MCP</td><td>II /</td><td>III /</td><td>IV /</td><td>V /</td></tr> <tr><td>PIP</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>DIP</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>Knyt-diastas, cm</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	MCP	II /	III /	IV /	V /	PIP	/	/	/	/	DIP	/	/	/	/	Knyt-diastas, cm					<table border="1"> <tr><td>MCP</td><td>II /</td><td>III /</td><td>IV /</td><td>V /</td></tr> <tr><td>PIP</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>DIP</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td><td>/</td></tr> <tr><td>Knyt-diastas, cm</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table>	MCP	II /	III /	IV /	V /	PIP	/	/	/	/	DIP	/	/	/	/	Knyt-diastas, cm				
	MCP	II /	III /	IV /	V /																																					
	PIP	/	/	/	/																																					
	DIP	/	/	/	/																																					
	Knyt-diastas, cm																																									
	MCP	II /	III /	IV /	V /																																					
	PIP	/	/	/	/																																					
DIP	/	/	/	/																																						
Knyt-diastas, cm																																										
Ab-abduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas	Ab-abduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas																																									
Maxavstånd från tumme till pekfingertopp, cm	Maxavstånd från tumme till pekfingertopp, cm																																									
OMKRETS (MED RAK ARM)	HÖGER	VÄNSTER																																								
Överarm Mitt på överarmen	cm	cm																																								
Underarm Största omkrets	cm	cm																																								
SENSIBILITET	HÖGER	VÄNSTER																																								
Plockförmåga	Med synens hjälp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig	Med synens hjälp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig																																								
	Utan synens hjälp och utan ändring av grepp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig	Utan synens hjälp och utan ändring av grepp <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig																																								
Slitmärken och arbetsvalkar	<input type="checkbox"/> finns <input type="checkbox"/> saknas	<input type="checkbox"/> finns <input type="checkbox"/> saknas																																								
2-punkts diskriminationsförmåga i mm	<table border="1"> <tr><td>I rad/uln</td><td>II rad/uln</td><td>III rad/uln</td><td>IV rad/uln</td><td>V rad/uln</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	I rad/uln	II rad/uln	III rad/uln	IV rad/uln	V rad/uln						<table border="1"> <tr><td>I rad/uln</td><td>II rad/uln</td><td>III rad/uln</td><td>IV rad/uln</td><td>V rad/uln</td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>	I rad/uln	II rad/uln	III rad/uln	IV rad/uln	V rad/uln																									
I rad/uln	II rad/uln	III rad/uln	IV rad/uln	V rad/uln																																						
I rad/uln	II rad/uln	III rad/uln	IV rad/uln	V rad/uln																																						
Beröringssensibilitet >>><< eller >><<	<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																			

GROV KRAFT	HÖGER		VÄNSTER	
Hand	Dynamometer	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag	Dynamometer	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag
Tum-, pekfingregrepp	Intrinsimeter	Uppskattning	Intrinsimeter	Uppskattning
ANMÄRKNINGAR	HÖGER		VÄNSTER	
T.ex. uppgifter om passiv rörlighet eller motoriska bortfallssymptom vid nervskador				
Sammanfattning och prognos				

Läkarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande
	Vårdinrättning samt i förekommande fall klinik

Intyget skickas till:

Löfs inläsningscentral, Box 334, 151 24 Södertälje