

LEGEERKLÆRING

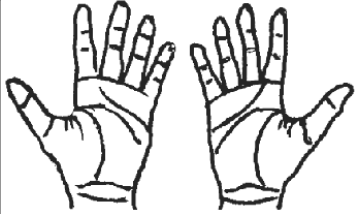
Avdeling / saksbehandler	Skadenr
--------------------------	---------

1. Pasientinformasjon

Etternavn	Fornavn	Født dato
Adresse	Postnr/sted	Skadedato

Vi har fått melding om at skadelidte blir behandlet av deg/dere. For å kunne vurdere omfanget av eventuelt erstatningsansvar for selskapet, ber vi om en orientering om skaden og den behandling du/dere anser nødvendig.

2. Skaden

Behandlet første gang	Hva består skaden/sykdommen i? (Populære betegnelser bes brukt)	Eventuelle fingeramputasjoner bes inntegnet på skissen
Behandlingen avsluttes dato		

Ved ulykkeskader. Foreligger det en ulykkeskade- dvs. en skade på legemet ved en plutselig ytre begivenhet uavhengig av den skaddes vilje? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Har sykdom, sykkelig tilstand e.l. fremkalt skaden eller medvirket til at den inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Er skadedes tilstand forverret ved sykdom eller svakhet som forelå før skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei	Var skadede påvirket av alkohol eller narkotiske stoffer da skaden inntraff? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
--	---	---	--

Er det inntruffet komplikasjoner? Evt hvilke

Prognose	Vil skaden kunne medføre livsvarig invaliditet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/> Mulig
----------	--

Pasienten har vært fullstendig arbeidsufør	Pasienten har vært delvis arbeidsufør
Fra dato <input type="text"/> Til dato <input type="text"/> evt. antatt varighet <input type="text"/>	Fra dato <input type="text"/> Til dato <input type="text"/> evt. antatt varighet <input type="text"/>

Merknader

Blanketten er godkjent av Den norske legeforening. Honorar for legeerklæring blir sendt etter satser fastsatt av Den norske lægeforening.	Dato og underskrift	Post-/bankkontonummer
	Legens navn og adresse (skriv tydelig - bruk evt. stempel)	