

Invaliditetsintyg handskada

Sida 1 (4)



Handläggare	Skadenummer
-------------	-------------

Den skadade

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Yrke/arbetsuppgifter	

Utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömningen av medicinsk invaliditet

Tidpunkt (för olycksfallet eller sjukdomsdebuten)	
Diagnos (latinsk och svensk)	
Patienten känd sedan tidigare? Hur länge har du känt patienten? Tillgång till tidigare journaler?	
Annan sjukhistoria (ange särskilt t ex sjukdom som kan påverka arbetsförmågan/invaliditeten)	
Skade- och behandlingsförlopp	
Subjektiva besvär	

Fortsättning på nästa blad

Invaliditetsintyg handskada

Sida 2 (4)



ADL-funktion

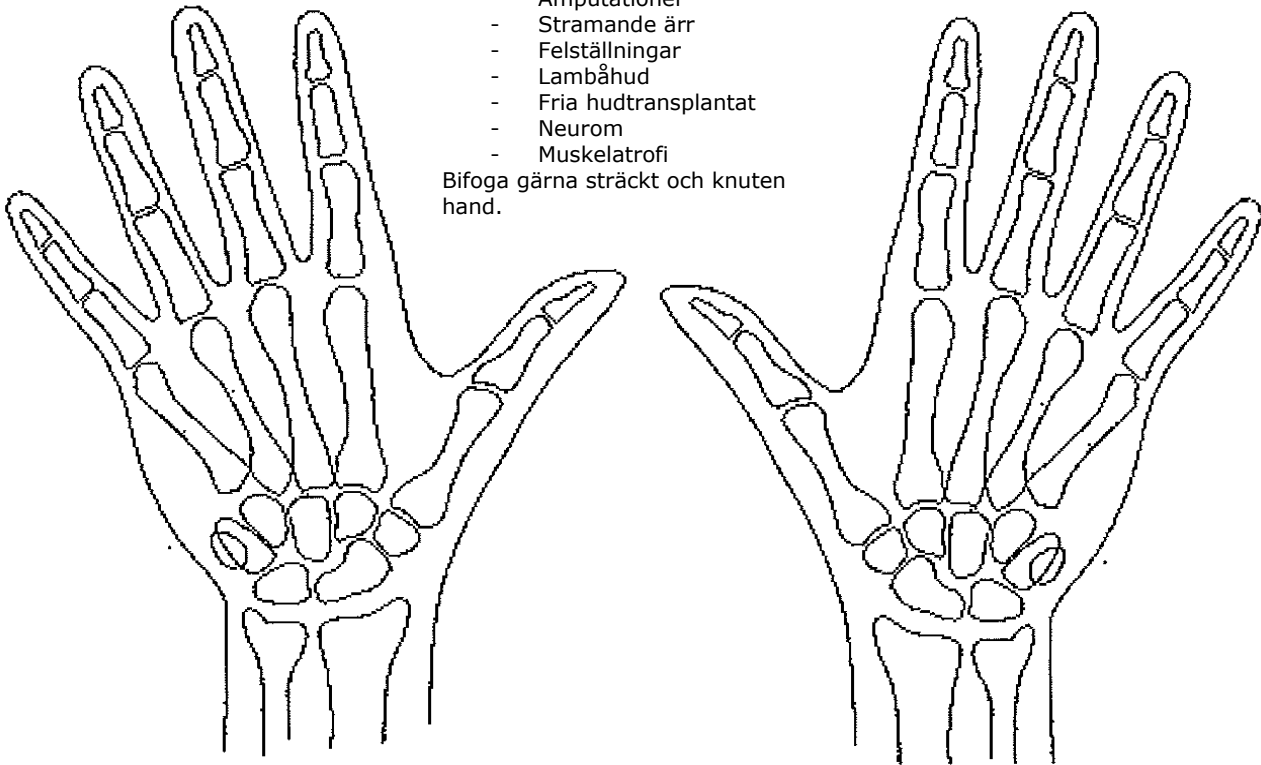
Tvättning <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt	Tandborstning <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt	Hårvård <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt	Rakning <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt
Toalettbesök <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt	Knäppa knappar <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt	Bilkörning <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt	Skrivning, dator <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt
Skrivning, hand <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt	Matbestick <input type="checkbox"/> Lätt <input type="checkbox"/> Svårt <input type="checkbox"/> Omöjligt		

Den skadade är
 Högerhänt Vänsterhänt

Volar resp dorsal sida anges
med nagelmarkering. Markera dessutom

Skadad sida
 Höger Vänster

- Amputationer
 - Stramande ärr
 - Felställningar
 - Lambåhud
 - Fria hudtransplantat
 - Neurom
 - Muskelatrofi
- Bifoga gärna sträckt och knuten hand.



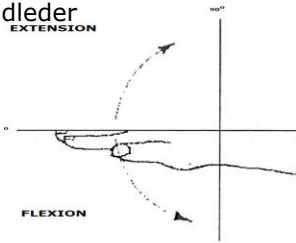

Undersökarens kommentarer

Invaliditetsintyg handskada

Sida 3 (4)



OBJEKTIV UNDERSÖKNING

RÖRLIGHET		HÖGER					VÄNSTER											
Axelleder	Elevation framåt-uppåt																	
	Når med hand bakom rygg till Th nr																	
	Når med hand till nacken <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej																	
Armbågsleder	/					/												
Underarm Mäts med armbåge i 90 graders reflexion	Pronation	/					/											
	Supination	/					/											
Handleder 	Extension	/					/											
	Flexion	/					/											
	Ulnardeviation																	
	Radialdeviation																	
Tumme	CMC-led radial abduktion																	
	CMC-led volar abduktion																	
	Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> ua <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas																	
	Minsta avstånd från tumtopp till fingertopp, cm	2	3	4	5	2	3	4	5									
	MCP	/					/											
	IP	/					/											
	Fingrar  <p>0/100</p> <p>Passiv rörlighet anges endast om denna avsevärt avviker från den aktiva. Hyperextension anger med minustecken.</p> <p>Knytdistans, minsta avstånd från fingertopp till volas distala böjveck vid handtryckning.</p>	MCP	2	/	3	/	4	/	5	/	MCP	2	/	3	/	4	/	5
PIP		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
DIP		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
Knytdistans, cm		/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/					
Ab-adduktion, jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> ua <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas																		
Maxavstånd från tumme till pekfingertopp, cm																		
OMKRETS		HÖGER					VÄNSTER											
Överarm Mitt på överarmen	cm						cm											
Underarm Största omkretsen	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 <input type="checkbox"/> bra <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> dålig						Utan synens hjälp <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	1 rad/uln	2 rad/uln	3 rad/uln	4 rad/uln	5 rad/uln	1 rad/uln	2 rad/uln	3 rad/uln	4 rad/uln	5 rad/uln								
Smärtsensibilitet "Ja" eller "Nej". Om "Ja" kryssmarkera i rutan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								



GREPPFUNKTION		HÖGER	VÄNSTER
Kan gripa om undersökarens:	Överarm <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Överarm <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Överarm <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft
	Handled <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Handled <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Handled <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft
	Tre fingrar <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Tre fingrar <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Tre fingrar <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft
	Pekfinger <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Pekfinger <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft	Pekfinger <input type="checkbox"/> god kraft <input type="checkbox"/> dålig kraft

GROV KRAFT		HÖGER	VÄNSTER	
Hand	Dynamometer/vigorimeter	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag	Dynamometer/vigorimeter	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag
Tum-, pekfingergrepp	Intrinsicmeter	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag	Intrinsicmeter	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag

ANMÄRKNINGAR	HÖGER	VÄNSTER
T ex uppgifter om passiv rörlighet		

Sammanfattning och prognos

Läkarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

Försäkringstagarens/målsmans underskrift*

Ort och datum	Namnteckning	Namnförtydligande
---------------	--------------	-------------------

*Genom att signera invaliditetsintyget försäkrar du att du har läst igenom det läkaren skrivit samt att de subjektiva besvär som finns beskrivna i intyget överensstämmer med de besvär som du upplever. Eventuell komplettering till intyget skickas in tillsammans med signerat intyg till: If Skadeförsäkring, P100, 106 80 Stockholm