

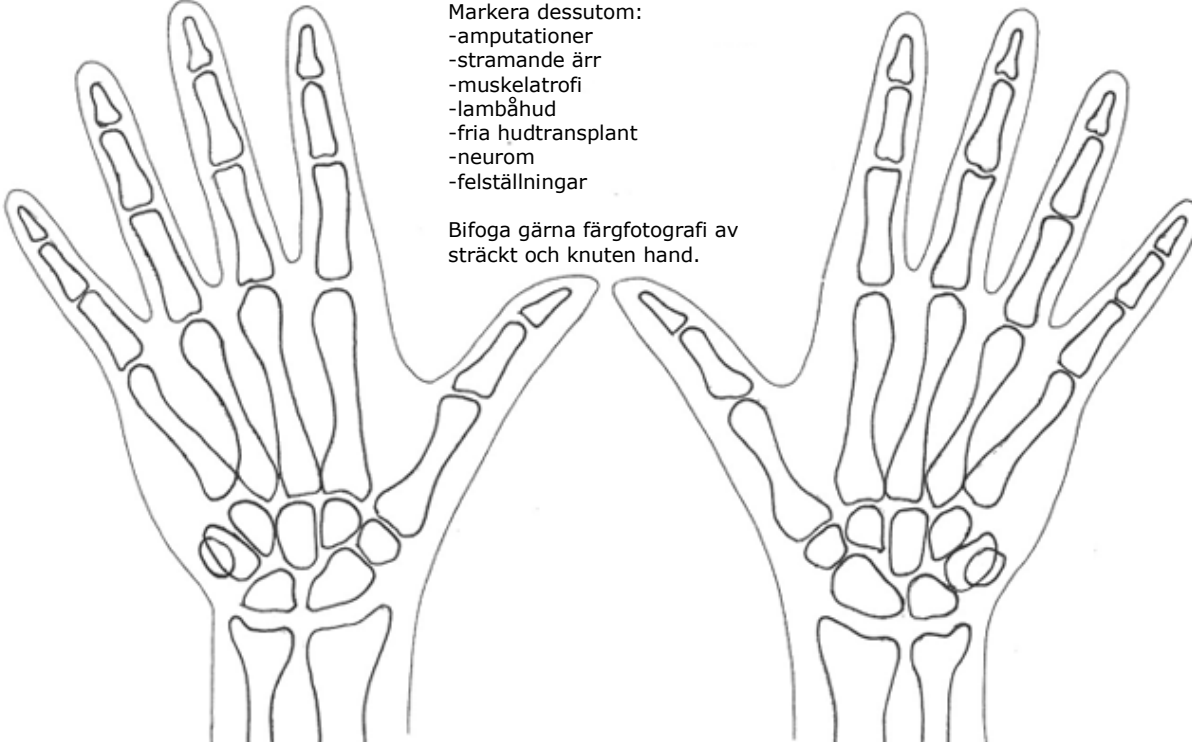
# Intyg Hand-, arm- eller axelskada

Personnummer

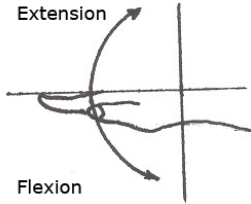

Undersökningsdatum

## Den skadade

<b>1</b>	Efternamn och tilltalsnamn	Personnr (år, mån, dag, nr)
	Utdelningsadress	Skadedatum (år, mån, dag)
	Postnr och ortnamn	Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, bolag:
<b>2</b>	Diagnos pga. skadefallet (såväl på latin som svenska)	
<b>3</b>	Skade- och behandlingsförlopp	
<b>4</b>	Subjektiva besvär i yrke och under fritid	

<b>5</b>	<b>ADL-funktion</b>				
	<b>Tvättning</b>	<b>Tandborstning</b>	<b>Hårvård</b>	<b>Rakning</b>	<b>Toalettbesök</b>
	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt
<b>6</b>	<b>Knäppa knappar</b>	<b>Bilkörning</b>	<b>Skrivning, hand</b>	<b>Skrivning, tangentbord</b>	<b>Äta</b>
	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt	<input type="checkbox"/> lätt <input type="checkbox"/> besvärligt <input type="checkbox"/> omöjligt
	Handskada <input type="checkbox"/> höger <input type="checkbox"/> vänster		Den skadade uppger sig vara <input type="checkbox"/> högerhänt <input type="checkbox"/> vänsterhänt		
	<p><b>6</b></p> <p>Volar respektive dorsal sida anges med nagelmarkering.          Markera dessutom:          -amputationer          -stramande ärr          -muskelatrofi          -lambåhud          -fria hudtransplant          -neurom          -felställningar</p> <p>Bifoga gärna färgfotografi av sträckt och knuten hand.</p> 				
<b>7</b>	Undersökarens kommentarer				

## Undersökning

8 RÖRLIGHET		HÖGER	VÄNSTER	
Skulderleder	Elevation framåt-uppåt (flexion)			
	Elevation utåt-uppåt (abduktion)			
	Når med hand bakom rygg till Th nr (inåttrotation)			
	Når med hand till nacken (utåttrotation) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
9 Armbågsleder	/	/		
10 Underarm Mäts med armbåge i 90 graders flexion.	Pronation	/	/	
	Supination	/	/	
11 Handleder 	Extension	/	/	
	Flexion	/	/	
	Ulnardeviation	/	/	
	Radialdeviation	/	/	
12 Tumme	CMC-led radial abduktion	/	/	
	CMC-led volar abduktion	/	/	
	Oppositionsförmåga <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas		<input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas	
	Minsta avstånd från tumtupp till fingertupp II   III   IV   V		II   III   IV   V	
	MCP	/	/	
	IP	/	/	
	13 Fingrar 0/100  Passiv rörlighet anges endast om denna avsevärt avviker från den aktiva. Hyperextension anges med minustecken. Knytdiastas, minsta avstånd från fingertupp till volas distala böjveck vid handknytning.	MCP	II / III / IV / V	MCP
PIP		/ / / /	PIP	/ / / /
DIP		/ / / /	DIP	/ / / /
Knytdiastas, cm			Knytdiastas, cm	
Ab-adduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas			Ab-adduktion jämfört med andra sidan <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> nedsatt <input type="checkbox"/> saknas	
Maxavstånd från tumme till pekfingertupp, cm			Maxavstånd från tumme till pekfingertupp, cm	
14 OMKRETS (med rak arm)		HÖGER	VÄNSTER	
	Överarm Mitt på överarmen	cm	cm	
15 Underarm Största omkrets	cm	cm		
16 SENSIBILITET	HÖGER	VÄNSTER		
	Plockförmåga	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	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	
17 Slitmärken och arbetsvalkar	<input type="checkbox"/> finns <input type="checkbox"/> saknas	<input type="checkbox"/> finns <input type="checkbox"/> saknas		

<b>18</b>	2-punkts diskriminationsförmåga i mm	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
<b>19</b>	Beröringssensibilitet »+« eller »-«										
<b>20</b>	<b>GROV KRAFT</b>	<b>HÖGER</b>					<b>VÄNSTER</b>				
	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-, pekfinger- grepp	Intrinsicmeter	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag			Intrinsicmeter	Uppskattning <input type="checkbox"/> u a <input type="checkbox"/> svag				
<b>21</b>	<b>ANMÄRKNINGAR</b>	<b>HÖGER</b>					<b>VÄNSTER</b>				
	T ex uppgifter om passiv rörlighet eller motoriska bortfalls-symptom vid nervskador.										
<b>22</b>	Sammanfattning och prognos										

**Läkarens underskrift**

<b>23</b>	Ort	Namnteckning
	Datum	Namnförtydligande

**Intyg och eventuell arvodesräkning skickas till beställande försäkringsbolag.**