



SKANDIA

 351 89 SUNDSVALL
Telefon 060 - 18 50 00 103 50 STOCKHOLM
Telefon 08 - 788 10 00 405 07 GÖTEBORG
Telefon 031 - 81 60 00 Box 100, 201 20 MALMÖ
Telefon 040 - 14 80 00

Läkarintyg för olycksfall och sjukdom

Datum

Handläggare Helene Berglund 08/7881946 ej fred	Skadnr LS 420416-9999-01 (B15 ÖGU-02)
Den skadades namn Oluf Husted	Personnummer år 42 mån 04 dag 16 1361
Utdelningsadress Langebakken 10	Postnummer och ortnamn DK 2960 Rungsted Kyst Danmark

1 Under vilken tid har patienten behandlats av Er? Antal tillfällen eller hur ofta?	From 070192	tom 300492
2 Diagnos (huvuddiagnosen understrykes)? (även svensk benämning)	Hypoman tilstand.	
3 Vilka symtom har iakttagits?	Symptomer på manglende dømmekraft.	
4 Har patienten röntgenundersökts? Resultatet av denna?	<input type="checkbox"/> Ja, vid	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
5 När framträdde de första symtomen av sjukdomen eller när inträffade olycksfallet?	December 1991	
6 Har patienten uppgivit någon orsak till besvären? I så fall vilken?	<input type="checkbox"/> Ja	Vides ikke <input type="checkbox"/> Nej
7 Var patienten fullt arbetsför innan Ni påbörjade behandlingen?	<input type="checkbox"/> Nej, orsak	<input checked="" type="checkbox"/> Ja
8 Har patienten tidigare lidit av samma eller liknande sjukdom eller skada som nu? I så fall vilken? När?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
9 Föreligger särskilda omständigheter som kan ha inverkat på tillståndets uppkomst eller förlopp? Vilka? (Intoxikation, kroppsfel, annan sjukdom etc)	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
10 Har patienten varit intagen på sjukhus? Sjukhusets namn och avdelning Har patienten vårdats på IVA? Har patienten opererats?	<input type="checkbox"/> Ja	from tom <input checked="" type="checkbox"/> Nej
11 Har någon kroppsdel varit immobiliserad? Typ av fixation (ex gips, transfixation, sträck)	<input type="checkbox"/> Ja	from tom <input checked="" type="checkbox"/> Nej
12 Har skadan under behandlingstiden i hemmet orsakat svår smärta/värk utöver vad som anses normalt? På vad sätt och under vilken tid?	Nej	

Vilka ordinationer gäller för närvarande?	Ingen		
Har sjukdomen eller skadan föranlett: hel arbetsförmåga?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja,	fr o m 070192	tom permanent <input type="checkbox"/> Nej
ibetydande grad nedsatt arbetsförmåga (exempelvis med 3/4, 2/3 eller 1/2)?	<input type="checkbox"/> Ja	fr o m	tom nedsatt med ca
Vad har då kunnat utföras och i vilken utsträckning (tillsyn, kontorsarbete, kroppsarbete, antal timmar per dag etc)?			
Är åkomsten att anse som läkt?	<input type="checkbox"/> Ja, utan kvarstående men <input type="checkbox"/> Ja, men med kvarstående men enligt punkt 19 <input checked="" type="checkbox"/> Nej		
Om ej, hur länge beräknas patienten bli arbetsförmögen?	Ytterligare minst	dagar	veckor månader
Anser Ni att arbetsförmågan kan förbättras genom särskilda åtgärder?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
I så fall vilka?			
Ovriga upplysningar (prognos etc)			
Har intyg utfärdats för annat försäkrings- bolag eller för allmän pension?	<input type="checkbox"/> Ja, för <input checked="" type="checkbox"/> Nej		
Får intyget utlämnas till patienten eller dennes ombud?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		

Övriga upplysningar nuvarande status/prognos

Patienten var i december-januar 1991, 1992 i en hypoman tilstand. Efterfølgende psykolog/psykiatriske undersøgelser i foråret 1992 konkluderede, at man ikke kunne udelukke at en sådan hypoman tilstand kunne genopstå og at man desuden måtte frygte, at dømmekraften ikke var helt i orden. På basis af dette blev patienten af Statens Luftfartsvæsen underkendt helbreds-mæssigt til enhver form for certificat.

Intyg som dette har ikke været modtaget til udfyldning før.

De tyget	Läkares namn (textat)	REGITZE VIDEBAEK		Personnummer
	Bostadsadress	Adm. overlæge Flyvmedicinsk Klinik Afsnit 7522		Nr
	Postnummer och ort	Teglensvej 20 2200 København N Tlf. 35 45 75 22		Pg Bg Bk
	Arvode kr	Kostnader kr	Summa kr	

ia måste betala socialförsäkringsavgift på arvode till läka-
tälld inom landstingets sjukvård/läkarhus eller liknande
draget kan sägas vara personligt och utförs utom tjäns-
h den enskilde läkaren är betalningsmottagare.

Ort och datum	Kjøbenhavn 03/09/92
Underskrift (läkares namnteckning)	<i>[Signature]</i>

dessa förutsättningar Ja Nej