Försäkringskassan

Läkarutlåtande
för närståendepenning

Förnamn och efternamn

Personnummer

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Vad är närståendepenning?
Närståendepenning är en ersättning för den som avstår från förvärvsarbete, arbetslöshetsersättning (a-kassa) eller föräldrapenning för att vara med en patient som är svårt sjuk i lagens mening. I lagen definierar man svårt sjuk som att patientens hälsotillstånd är så nedsatt att det finns ett påtagligt hot mot hens liv i nuläget eller på viss tids sikt. Sjukdomstillstånd som på flera års sikt utvecklas till livshotande tillstånd ger däremot inte rätt till närståendepenning. Att ge hjälp och stöd till en person som inte har ett livshotande tillstånd kan inte ge rätt till närståendepenning.

Vem är närstående?
Till närstående räknas anhöriga, men även andra som har nära relationer med den som är sjuk till exempel vänner eller grannar. Flera närstående kan turas om och få ersättning för olika dagar eller olika delar av dagar.

Ansökan och samtycke
När den närstående som stödjer patienten ansöker om närståendepenning ska hen bifoga blankett Samtycke för närståendepenning. Det gäller i de fall patienten har medicinska förutsättningar för att kunna samtycka till en närståendes stöd.

32260102

1. Utlåtandet är baserat på

datum (år, månad, dag)

- ☐ min undersökning av patienten
- ☐ journaluppgifter från den
- ☐ annat

Ange vad annat är:

2. Påtagligt hot mot patientens liv

Hjälptext

2.a Diagnos eller diagnoser för det tillstånd som orsakar ett hot mot patientens liv

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

FK 3226 (002 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

2.b Patientens vårdsituation (välj ett av de tre alternativen)

☐ Vård i patientens sista tid i livet (dagar, veckor eller månader)	ange från och med när patientens överlevnad bedömdes till dagar, veckor eller månader

☐ Akut livshotande tillstånd (till exempel vård på intensivvårdsavdelning)	ange när tillståndet blev akut livshotande datum (år, månad, dag)
Beskriv på vilket sätt sjukdomstillståndet utgör ett påtagligt hot mot patientens liv. Ange om möjligt hur länge hotet mot livet kvarstår när patienten får vård enligt den vårdplan som gäller.	
Kan du uppskatta hur länge tillståndet kommer vara livshotande? ☐ Ja ☐ Nej	till och med (år, månad, dag)

☐ Annat
Beskriv på vilket sätt sjukdomstillståndet utgör ett påtagligt hot mot patientens liv. Ange när tillståndet blev livshotande, och om det är möjligt hur länge hotet mot livet kvarstår när patienten får vård enligt den vårdplan som gäller.

3. Samtycke för närståendes stöd

Om patienten har medicinska förutsättningar att samtycka till en närståendes stöd, så ska patienten göra det.
Därför ska du fylla i om hen kan samtycka eller inte.

Har patienten de medicinska förutsättningarna för att kunna lämna samtycke?

☐ Ja ☐ Nej

32260202

4. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

FK 3226 (002 F 001) Fastställd av Försäkringskassan

5. Fortsättningsblad

32260302

FK 3226 (002 F 001) Fastställd av Försäkringskassan