Försäkringskassan

Läkarutlåtande

Tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn som inte har fyllt 18 år

Barnets namn

Barnets personnummer

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Det här utlåtandet gäller tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn som inte fyllt 18 år. För att barnet ska bedömas vara allvarligt sjukt måste någon av följande punkter vara uppfyllda:

- Barnet misstänks lida av en sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv.
- Barnet har diagnostiserats med en sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv.
- Barnet har lidit av en sådan sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv och barnets hälsotillstånd under eftervårdstiden är allvarligt påverkat.

1. Utlåtandet är baserat på

Du kan ange ett eller flera alternativ | datum (år, månad, dag)

- ☐ Min undersökning vid fysiskt vårdmöte
- ☐ Min undersökning vid digitalt vårdmöte
- ☐ Journaluppgifter från den
- ☐ Förälders beskrivning av barnet
- ☐ Annat

Ange vad annat är

2. Diagnos

Barnets diagnos	Diagnoskod enligt ICD-10

2.a Fyll i vilka symtom barnet har om diagnos inte är fastställd

74260101

FK 7426 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

3. Barnets aktuella somatiska hälsotillstånd

Beskriv barnets nuvarande somatiska hälsotillstånd. Ta med aktuella undersökningsfynd, testresultat och observationer som har betydelse för din bedömning av allvarligt sjukt barn. Om läkarutlåtandet avser misstanke, beskriv på vilket sätt undersökningsfynden innebär en konkret misstanke om ett specifikt sjukdomstillstånd.

3.a Barnets aktuella psykiska hälsotillstånd

Beskriv barnets nuvarande psykiska påverkan. Ta med aktuella undersökningsfynd, testresultat och observationer som har betydelse för din bedömning av allvarligt sjukt barn.

4. Varför bedömer du att barnet är allvarligt sjukt eller att det finns en stark misstanke om allvarlig diagnos?

Beskriv varför du bedömer att barnet är allvarligt sjukt utifrån det påtagliga hotet mot barnets liv eller om det utan behandling finns fara för barnets liv. Om det påtagliga livshotet upphör men barnet fortsatt har behandling eller stor påverkan efter sjukdom så behöver du beskriva detta.

5. Behandling

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

74260201

FK 7426 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

6. För vilken period bedömer du att barnet är allvarligt sjukt?

Från och med	till och med

6.a Motivera bedömningen av perioden som du anser att det finns ett påtagligt hot mot barnets liv

7. Sjukhusvård eller hemsjukvård?

Vårdas barnet inneliggande på sjukhus?

☐ Ja ☐ Nej

Från och med _____ Till och med _____

Är barnet inskrivet med hemsjukvård?

☐ Ja ☐ Nej

Från och med _____ Till och med _____

8. Läkarens underskrift

Datum	Läkarens namnteckning

Namnförtydligande	
Befattning	**Eventuell specialistkompetens**
Läkarens HSA-id	**Arbetsplatskod**
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

74260301

FK 7426 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan

9. Fortsättningsblad

74260401

FK 7426 (001 F 002) Fastställd av Försäkringskassan