Patientens namn

Personnummer

OBS! Spara blanketten på datorn och öppna den därefter i Adobe Reader.
Detta för att hjälptexter ska visas och information i blanketten ska hanteras korrekt.

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Sjukpenning kan betalas ut om patientens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Detta intyg används när patienten ska ansöka om sjukpenning efter att läkaren bedömt att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och att det finns ett sjukskrivningsbehov. I intyget efterfrågas information som Försäkringskassan behöver i handläggningen av ett sjukpenningärende.

1. Smittbärarpenning Hjälptext

☐ Förhållningsregler enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna "Diagnos" och "Nedsättning av arbetsförmåga").

2. Intyget är baserat på

datum (år, månad, dag)

☐ Min undersökning vid fysiskt vårdmöte

☐ Min undersökning vid digitalt vårdmöte

☐ Min telefonkontakt med patienten

☐ Journaluppgifter från den

☐ Annat

Ange vad annat är:

3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan? Hjälptext

☐ Nuvarande arbete	Ange yrke och arbetsuppgifter

☐ Arbetssökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

☐ Föräldraledighet

☐ Studier

4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga Hjälptext

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

78040103

FK 7804 (007 F 001) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

5. Funktionsnedsättning Hjälptext

Ange vilken/vilka funktionsnedsättningar patienten har till följd av sjukdom och om möjligt svårighetsgrad. Ange även vad din bedömning av funktionsnedsättningar baseras på. Beskriv relevanta undersökningsfynd, testresultat, utredningssvar eller andra uppgifter (exempelvis anamnesuppgifter) och hur du bedömer dem.

6. Aktivitetsbegränsning Hjälptext

Beskriv vad du bedömer att patienten har svårt att göra på grund av sin sjukdom. Ange exempel på sådana begränsningar relaterade till de arbetsuppgifter eller annan sysselsättning som du bedömer arbetsförmågan i förhållande till (i fråga 3). Ange om möjligt svårighetsgrad.

78040203

7. Medicinsk behandling Hjälptext

Här beskriver du pågående och planerade medicinska behandlingar/åtgärder som kan påverka arbetsförmågan. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan Hjälptext

	från och med (år, månad, dag)	till och med (år, månad, dag)
☐ 100 procent		
☐ 75 procent		
☐ 50 procent		
☐ 25 procent		

FK 7804 (007 F 001) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att Hjälptext

☐ Patienten skulle kunna arbeta helt eller delvis vid hjälp med transport till och från arbetsplatsen Hjälptext

Kommer möjligheterna till återgång i arbete försämras om arbetstiden förläggs ojämnt vid deltidssjukskrivning? Hjälptext

☐ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan.

Beskriv de medicinska skälen till att möjligheterna till återgång i arbete kan försämras

9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

☐ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter detta intygs slutdatum.

☐ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter månad/månader.

☐ Patienten förväntas inte kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning.

☐ Prognosen för återgång i nuvarande sysselsättning är svårbedömd. Hjälptext

Om du kryssat i alternativ fyra, beskriv vad som ligger till grund för bedömningen

78040303

10. Åtgärder som kan främja återgången i arbete Hjälptext

Här kan du beskriva andra åtgärder än åtgärder inom hälso- och sjukvården som skulle kunna främja återgången i arbete. Beskriv gärna hur åtgärderna kan främja återgången i arbete eller annan aktuell sysselsättning.

11. Övriga upplysningar

FK 7804 (007 F 001) Fastställd av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen

12. Kontakt med Försäkringskassan Hjälptext

☐ Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
Ange gärna varför du vill ha kontakt.

13. 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.

78040403

FK 7804 (007 F 001) Fastställd av Försäkringskassan
i samråd med Socialstyrelsen

14. Fortsättningsblad

78040503

FK 7804 (007 F 001) Fastställd av Försäkringskassan
i samråd med Socialstyrelsen