Försäkringskassan
0771-524 524
www.forsakringskassan.se

Läkarutlåtande
För särskilt högriskskydd

Patientens namn | Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Vad är särskilt högriskskydd?
Särskilt högriskskydd finns för att skydda den som har en sjukdom som under en tolvmånadersperiod kan innebära:

- ett större antal sjukperioder (fler än 10 tillfällen per år) eller
- en eller flera längre sjukperioder (minst 28 dagar i följd).

Vid donation
Även den som ska donera organ, vävnad eller förberedas för donation omfattas av särskilt högriskskydd. Fyll endast i punkt 4 och 10.

Studerande
Det här läkarutlåtandet ska du även använda för den som studerar och har ett väldokumenterat sjukdomstillstånd som riskerar att leda till en eller flera längre sjukperioder.

1. Intyget är baserat på

datum (år, månad, dag)

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

Ange vad annat är: _____

2. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?

Ange yrke och arbetsuppgifter eller om din patient är studerande.

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

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

4. Donation

Vilket organ eller vävnad ska doneras? _____

Vilket datum startade utredningen? _____

72620102
FK 7262 (004 F 006) Fastställd av Försäkringskassan

5. Funktionsnedsättning Hjälptext

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer. Beskriv även nedsättningar som beror på behandlingar.

6. Aktivitetsbegränsning Hjälptext

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

7. Medicinsk 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.

8. Min bedömning av risken för sjukfrånvaro

Finns det en risk att sjukdomen medför sjukfrånvaro vid fler än tio tillfällen under de kommande tolv månaderna?

☐ Ja ☐ Nej	Motivera bedömningen

Finns det en risk att sjukdomen medför en eller flera perioder med sjukfrånvaro där varje enskild period överstiger 28 dagar under de kommande tolv månaderna?

☐ Ja ☐ Nej	Motivera bedömningen

9. Övriga upplysningar

10. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

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

72620202

FK 7262 (004 F 006) Fastställd av Försäkringskassan