

DETALJERAT LÄKARUTLÅTANDE

Förordning (EEG) nr 1408/71: artiklarna 39 - 41, 43a och 87.

1.1	Institution till vilken utlåtandet ställs
1.1.1	Namn: _____
1.1.2	Adress ⁽²⁾ : _____ _____
1.1.3	Referens: _____ _____

1.2	Undersökt person
1.2.1	Efternamn ⁽³⁾ : _____
1.2.2	Alla förnamn: _____ Tidigare efternamn ⁽³⁾ : _____ Födelseort ⁽⁴⁾ : _____
1.2.3	Födelsedatum: _____ Kön: _____ Medborgarskap: _____ Identifieringsnummer ⁽⁵⁾ : _____
1.2.4	Adress ⁽²⁾ : _____
1.2.5	Senast arbete ⁽⁶⁾ : _____
1.2.6	Försäkringsnummer: _____
1.2.7	Pensionsnummer: _____
1.2.8	Ärendenummer: _____
1.2.9	Datum för ansökan om pension: _____
1.2.10	Datum för ny ansökan på grund av försämring: _____

1.3	Läkare som utfärdat utlåtandet
1.3.1	Efternamn : _____ Alla förnamn: _____
1.3.2	Adress ⁽²⁾ : _____ _____
1.3.3	Undersökande läkare för ⁽⁷⁾ : _____

1.4	Institution som begärt undersökningen
1.4.1	Namn: _____
1.4.2	Adress ⁽²⁾ : _____ _____
1.4.3	Ärendets referensnummer: _____
1.4.4	Stämpel
1.4.5	Datum: _____
1.4.6	Underskrift _____

Efternamn, förnamn: _____

Datum: _____

2.1 Bedömning baserad på egen undersökning den (datum): _____

2.2 Bedömning baserad på läkarutlåtande av den (datum): _____

3. Patienthistoria

3.1 Medicinsk anamnes: _____
_____3.2 Nuvarande dominerande besvär: _____

3.2.1 Patientens behandlande läkare: _____

3.3 Nuvarande behandling: _____
_____3.4 Social anamnes och arbetsanamnes ⁽⁶⁾ : _____

3.4.1 Är den försäkrade för närvarande förvärvsarbetande?

 Ja Nej Antal arbetstimmar: _____

Nuvarande anställning: _____

3.4.2 Olycksfall i arbetet/Arbetssjukdomar: _____

3.4.3 Senaste anställning: _____

3.4.4 Arbetsoförmögen

 fr.o.m. den _____

Slutade förvärvsarbeta

 den _____

4. Fynd

4.1 Allmäntillstånd

Längd: _____ cm

Vikt: _____ kg

Nutritionstillstånd:

 gott överviktig underviktig

Slemhinnor: _____

Hud: _____

Psykisk status, stämningsläge: _____

Kommentarer: _____

4.2 Huvud: _____

4.2.1 Syn: _____

4.2.2 Hörsel: _____

4.2.3 Andra sinnesorgan: _____

4.3 Hals (yttre fynd): _____

4.3.1 Undersökning av sköldkörteln: _____

4.3.2 Lymfkörtlar: _____

4.3.3 Annat: _____

4.4 Andningsorganen: _____

4.5 Cirkulationsorganen: _____

4.5.1 Hjärta: _____

4.5.2 Puls: _____

4.5.3 Blodtryck (i vila): _____

4.5.4 Blodtryck (förnyad mätning): _____

4.5.5 Perifera blodkärl: _____

4.5.6 Ödem: _____

4.5.7 EKG (i vila): _____

Efternamn, förnamn: _____ Datum: _____

4.6 Buk: _____

4.6.1 Matsmältningsorgan och andra bukorgan: _____

4.6.2 Lever: _____

4.6.3 Mjälte: _____

4.6.4 Det endokrina systemet: _____

4.7 Det urogenitala systemet: _____
(Se sid. 4 - Diagram)

4.8 Rörelseapparaten (vid behov används undersökningsmetoden där rörelseutslaget beräknas från ett neutralläge, sid 4): _____

4.8.1 Rygggrad: _____

4.8.2 Övre extremiteter: _____

4.8.3 Nedre extremiteter: _____

4.9 Lymfkörtelstatus: _____

4.10 Neurologiska fynd:
Rörelse (styrka och tonus)⁽⁸⁾ :
 utan anmärkning stel förlångsammad svag
 Gång:
 utan anmärkning klumpig försämrad på höger försämrad på vänster
 Reflexer: _____

4.11 Psykovegetativa eller psykosomatiska symptom: _____

4.12 Annat (allergier osv): _____

5. Funktionstest och andra test (vid behov)

5.1 Lungfunktion: _____

5.2 Hjärtfunktion/arbets-EKG: _____

5.3 Doppler-ultraljudsundersökning (hjärta och blodkärl): _____

5.4 Bildundersökningar (ange datum): _____

5.4.1 Röntgenfynd vid dagens undersökning: _____

5.4.2 Tidigare fynd/röntgenundersökningar utförda på annat håll: _____

5.4.3 Ultraljudsundersökning (bl.a. buk): _____

5.4.4 MRT och andra särskilda undersökningar: _____

5.5 Laboratoriefynd: _____

5.6 Andra provtagningar: _____

6 Tillägsblad för ytterligare specialistundersökningar (ifylls endast om det är relevant).

7 Diagnos:
(ICD-kod rekommenderas)

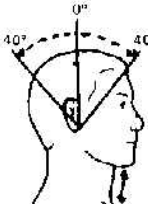
Efternamn, förnamn:

Datum:

Tilläggsblad för undersökningsmetod där rörelseutslaget beräknas från ett neutralläge

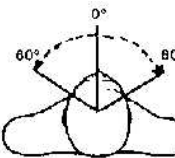
4. Mätningar av rörelseapparaten enligt undersökningsmetod där rörelseutslaget beräknas från ett neutralläge

Uppge endast patologiska observationer eller de normala observationer som skall anges

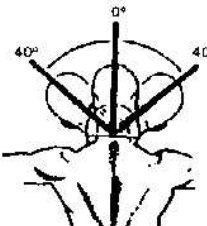


Extension/Flexion
40-0-40°


Avstånd mellan haka och bröstben _____ cm



Ryggrad
Rotation H/V
60-0-60°



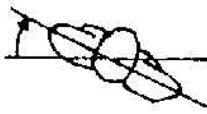
Lateral inklinaton H/V
40-0-40°




Test av längdryggens rörlighet
8-10-15 cm

-10- _____ cm

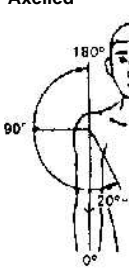
FBA _____ cm



Rotation H/V
50-0-50°



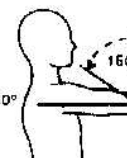
Lateral inklinaton H/V
30-0-30°



Axelled
Rotation utåt/inåt
50-0-95°

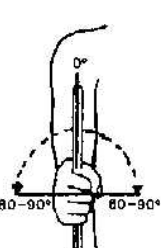
Abduktion/Adduktion
180-0-40°

H _____ °
V _____ °



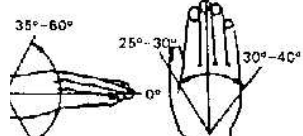
Armbågsled
Extension/Flexion
10-0-150°

H _____ °
V _____ °



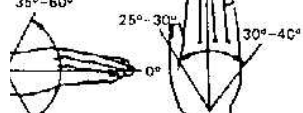
Supination/Pronation
85-0-85°

H _____ °
V _____ °



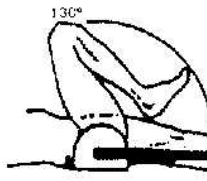
Extension/Flexion
50-0-50°

H _____ °
V _____ °



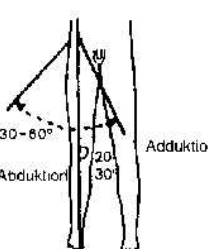
Abduktion/Adduktion
35-0-25°

H _____ °
V _____ °



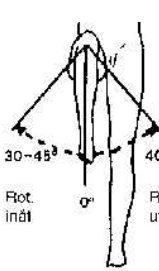
Höftled
Extension/Flexion
10-0-130°

H _____ °
V _____ °



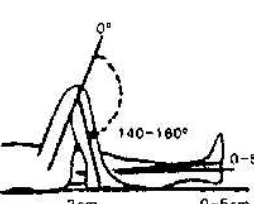
Abduktion/Adduktion
50-0-25°

H _____ °
V _____ °



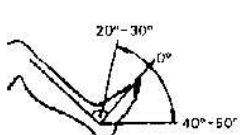
Rotation utåt/inåt
35-0-45°

H _____ °
V _____ °



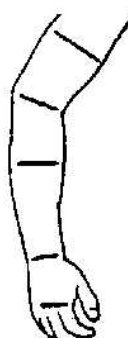
Knäled
Extension/Flexion
5-0-150°

H _____ °
V _____ °



Fotled
Extension/Flexion
40-0-25°

H _____ °
V _____ °




Överarm (15 cm ovanför laterala epic.)
Armbågsled

Underarm (10 cm nedanför laterala epic.)
Handled

Mellanhanden (ej medräknat tummen)

H	V



Lår (20 cm ovanför mediala ledspringan i knät)
Knäskålmitt

Underben (15 cm nedanför mediala ledspringan)
Underben (minsta omkrets)

Ankel

H	V

Efternamn, förnamn: _____ Datum: _____

8. Sammanfattning

Sjukdomsförlopp: _____
 Hälsoskador: _____
 Funktionsnedsättningar: _____
 Jämfört med tidigare utlåtande (av den _____).

förbättring försämring ingen förändring

9. Den försäkrade kan fortfarande utföra följande typ av arbete

- tungt
 medeltungt
 lätt

10. Följande begränsningar bör beaktas

10.1 Den försäkrade kan endast utföra arbete där det inte förekommer:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Fukt | <input type="checkbox"/> Kyla |
| <input type="checkbox"/> Hetta | <input type="checkbox"/> Buller |
| <input type="checkbox"/> Rök, gaser, ångor | |
| <input type="checkbox"/> Skiftarbete | <input type="checkbox"/> Nattskiftsarbete |
| <input type="checkbox"/> Frekvent böjning, lyft, bärande av bördor | |
| <input type="checkbox"/> Arbete på ramper, stegar eller i trappor | <input type="checkbox"/> Fallrisk |

10.2 Den försäkrade kan endast utföra arbete under följande förhållanden:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Endast i sittande ställning | <input type="checkbox"/> Endast med extra raster
(utöver ordinarie raster)
antal raster och deras längd _____ |
| <input type="checkbox"/> Endast inomhus | |
| <input type="checkbox"/> Med omväxlande kroppsställning | <input type="checkbox"/> Med omväxling mellan gående, stående, sittande |
| <input type="checkbox"/> Utan särskild tidspress | |

10.3 Arbetsinsatsen är nedsatt på grund av att den försäkrade har nedsatt funktion i sinnesorgan, händer osv _____

 är allergisk mot _____

11. Kompletterande frågor

11.1 Kan den försäkrade utföra bildskärmsarbete?

- Ja Nej

Om inte, ange skälet till detta: _____

11.2 Kan den försäkrade arbeta på arbetsplatsen utan hjälp av annan person?

- Ja Nej

Om inte, ange skälet till detta: _____

11.3 Kan den försäkrade arbeta i hemmet utan hjälp av annan person?

- Ja Nej

Om inte, ange skälet till detta: _____

Efternamn, förnamn: _____ Datum: _____

11.4 Kan den försäkrade arbeta heltid inom sitt senaste yrke som: _____
 Ja Nej
 Om inte, ange den maximal arbetstid (i timmar eller procent av en arbetsdag): _____

11.5 Kan anpassat arbete utföras?
 Ja Nej
 Om ja, ge några exempel på anpassat arbete: _____

11.6 Kan anpassat arbete utföras på heltid?
 Ja Nej
 Om inte, ange den maximal arbetstid (i timmar eller procent av en arbetsdag): _____

11.7 Arbetsoförmågan i förhållande till det senaste arbetet är enligt lagstiftningen i bosättningslandet:
 Hel Partiell
 Om arbetsoförmågan är partiell, ange graden:
 (gäller inte Tyskland, Nederländerna och Polen) _____

11.8 Invaliditetsgrad i förhållande till annat arbete med hänsyn till den berörda personens kunskap och färdigheter enligt bostättningslandets lagstiftning:

 (gäller inte Tyskland, Irland, Luxemburg och Nederländerna)

11.9 Invaliditetskategori enligt bosättningslandets lagstiftning: _____
 (Ifylls endast om läkarundersökningen genomförts inför ett beslut om invaliditetspension)
 (gäller inte Tyskland och Nederländerna)

11.10 De fastställda begränsningarna _____
 har varit bestående sedan _____
 är tillfälliga, fr.o.m. _____ t.o.m. _____

11.11 Går det att uppnå en förbättring av det nuvarande hälsotillståndet?
 Ja Nej Omöjligt att besvara
 Om ja, ange vilka åtgärder som krävs: _____

11.12 Är det möjligt att förbättra arbetsförmågan genom
 medicinsk rehabilitering
 yrkesinriktad rehabilitering
 Ja Nej Omöjligt att besvara

12. Är en uppföljningsundersökning nödvändig?

 Ja Nej

Om ja, ange när: _____

Stämpel _____

Datum: _____

Läkarens underskrift:

ANVISNINGAR

Texta svaren.

Blanketten består av sju sidor, av vilka ingen får utelämnas, oavsett om den innehåller relevant information eller inte.

ANMÄRKNINGAR

- (1) Landskod för det land där den institution som fyller i blanketten är belägen: BE = Belgien; CZ = Tjeckien; DK = Danmark; DE = Tyskland; EE = Estland; GR = Grekland; ES = Spanien; FR = Frankrike; IE = Irland; IT = Italien; CY = Cypern; LV = Lettland; LT = Litauen; LU = Luxemburg; HU = Ungern; MT = Malta; NL = Nederländerna; AT = Österrike; PL = Polen; PT = Portugal; SI = Slovenien; SK = Slovakien; FI = Finland; SE = Sverige; UK = Storbritannien; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norge; CH = Schweiz.
- (2) Gata, nummer, postnummer, ort, land, telefonnummer.
- (3) För spanska medborgare anges båda efternamnen.
För portugisiska medborgare anges alla namn (förnamn, efternamn, flicknamn) i den ordning de anges på id-kort eller i pass.
- (4) För portugisiska distrikt anges även församling och lokal myndighet.
- (5) Om blanketten ska skickas till en institution i Tjeckien anges födelsenummer, till en institution i Cypern det cypriotiska identifieringsnumret för cypriotiska medborgare och ARC-nummer (Alien Registration Certificate Number) för utländska medborgare, till en institution i Danmark CPR-nummer, till en institution i Finland personbeteckning, till en institution i Sverige personnummer, till en institution i Island personnummer (kennitala), till en institution i Liechtenstein AHV-försäkringsnummer, till en institution i Litauen personnummer, till en institution i Lettland identitetsnummer, till en institution i Ungern TAJ-nummer, till en institution i Malta id-kortsnummer för maltesiska medborgare och maltesiskt socialförsäkringsnummer för utländska medborgare, till en institution i Norge födelsenummer, till en institution i Belgien nationellt socialförsäkringsnummer (NISS), till en institution i Tyskland VSNR-nummer för den allmänna pensionsförsäkringen respektive PRS-Kenn-Nr för socialförsäkringen för offentligt anställda till en institution i Spanien numret för det nationella identitetskortet (DNI, Documento Nacional de Identidad) för spanska medborgare eller NIE (Número de Identificación de Extranjeros) för utländska medborgare, om båda finns anges båda, även om giltighetstiden har gått ut, och om detta dokument saknas skrivs "Saknas", till en institution i Österrike det österrikiska försäkringsnumret (VSNR), till en institution i Polen pensionsärendets referensnummer för personer som ansökt om eller har intjänat rätt till pension från det polska socialförsäkringssystemet, PESEL- och NIP- eller NKP-nummer (NKP-nummer, om personen omfattas av socialförsäkring för jordbrukare) för personer som ansöker om polsk pension för första gången och, om något sådant nummer inte finns, id-kortnummer eller passnummer, till en institution i Portugal även registreringsnummer i det allmänna pensionssystemet om den berörda personen har varit försäkrad inom socialförsäkringssystemet för offentligt anställda i Portugal, till en institution i Slovakien födelsenummer, till en institution i Slovenien personnummer (EMŠO), till en institution i Schweiz försäkringsnummer (AVS/AI, AHV/IV) i annat fall skrivs "saknas".
- (6) Ange så långt det är möjligt alla arbeten som den försäkrade har haft. Dessa uppgifter grundar sig på uppgifter från den berörda personen. Lägg till extra sidor i förekommande fall.
- (7) Gäller inte Norge.
- (8) För institutioner i Polen ska punkt 1 på tillägsblad 4 fyllas i.

YTTERLIGARE UPPGIFTER FÖR INSTITUTIONER I NEDERLÄNDERNA

Frågor	Svar				
	Nej	Endast sporadiskt	Ibland	Regelbundet	Utan begränsning
Kan den försäkrade					
1. sitta					
2. stå					
3. gå					
4. knäböja/krypa/sitta på huk					
5. arbeta med böjd rygg					
6. återkommande böja sig eller vrida ryggen					
7. använda nacken					
8. hålla armarna utsträckta					
9. hålla armarna upplyfta					
10. använda händer/fingrar					
11. lyfta och bära maximalt...kg					
12. arbeta under förhållanden där han/hon är utsatt för					
plötsliga temperaturförändringar					
hög luftfuktighet (> 90 %)					
låg luftfuktighet (< 35 %)					
kraftiga klimatförändringar					
13. tåla intensiv (hud)kontakt med fasta och flytande ämnen					
14. tåla vibrationer					
15. bära skyddsutrustning					
16. upprätthålla ett krävande arbetstempo					
17. klara att vara sysslös					
18. hantera motstridiga krav som följer av hans/hennes funktion					
19. hantera konflikter					
20. utföra monotont arbete					
21. utföra repetitivt arbete					
22. bära ansvar					
23. arbeta ensam					
23. arbeta tillsammans med andra					

YTTERLIGARE UPPGIFTER FÖR INSTITUTIONER I STORBRITANNIEN

A. Ifylls alltid

1. Namn och adress till läkaren för den person som anges under punkt 1.2

B. Ifylls om personen lider av psykisk ohälsa

2. Sätt ett kryss i någon av rutorna nedan, om personen lider av någon av följande sjukdomar eller funktionsnedsättningar:

psykisk sjukdom (om ja, precisera) _____

allvarlig personlighetsstörning

allvarlig inlärningsstörning

alkohol- eller drogmissbruk

försämrad hjärnfunktion till följd av organisk sjukdom eller traumatisk hjärnskada

Om någon ruta under punkt 2 är ikryssad, besvaras också frågorna 3 - 7

3. Har personen uppvisat paranoida drag, vanföreställningar, hallucinationer eller andra tydligt psykotiska symptom/beteenden under de senaste sex månaderna?

Ja Nej

4. Får personen neuroleptiska läkemedel och/eller psykofarmaka som kan ges oralt eller som depåinjektion (under lång tid)?

Ja Nej

5. Är personen i behov av ständig vård eller tillsyn på grund av följderna av de(t) tillstånd som kryssats för under punkt 2?

Ja Nej

Om ja, vårdas personen i hemmet eller på vårdinrättning?

I hemmet På vårdinrättning

6. Besöker personen ett dagvårdcentrum (ständigt bemannat med kvalificerad vårdpersonal) minst en dag i veckan?

Ja Nej

7. Namn och adress till konsultpsykiatriker: _____

8. Ytterligare kommentarer som kan bidra till att fastställa svårighetsgraden av personens psykiska besvär, även om ingen av rutorna under punkt 2 har kryssats för:

YTTERLIGARE UPPGIFTER FÖR INSTITUTIONER I NORGE

1. Om det finns andra orsaker till arbetsförmågan än sjukdom, beskriv dessa kortfattat och ange i vilken grad de bidrar till arbetsförmågan: _____

2. Var den sökande under den period som omedelbart föregick den nuvarande invaliditeten delvis sysselsatt med hemarbete, delvis anställd/egenföretagare?

Ja Nej

3. Har patienten till följd av sjukdomen bestående merkostnader för resor, kost osv. som inte helt eller delvis täcks av något socialförsäkringssystem?

Ja Nej

Om ja, ange typ av merkostnader och deras storlek: _____

YTTERLIGARE UPPGIFTER FÖR INSTITUTIONER I POLEN

1. Uppgifter till punkt 4.10 "Neurologiska fynd":

Muskeltonus normal ökad minskad
 normal minskad (adynami)

Rörelseomfång: _____

2. Orsak till funktionsnedsättningen:

- Olycksfall i arbetet?
 - Olycksfall på väg till eller från arbetet?
 - Olycksfall under särskilda omständigheter?
 - Olycksfall under tjänsteutövning?
Datum för olycksfallet: _____
 - Arbets sjukdom?
Begynnelse datum för arbets sjukdomen: _____
 - Andra omständigheter (precisera)?
- _____
- _____

3.1 Behöver den undersökta personen ständigt eller långvarig hjälp av andra?

- Nej Ja, när det gäller
- förflyttning i hemmet
 - födointag
 - personlig hygien
 - kropps funktioner
 - det dagliga livets aktiviteter utanför hemmet

3.2 Är den undersökta personens psykiska tillstånd orsak till att han/hon behöver långvarig hjälp av andra?

- Nej Ja, eftersom:
- _____

4. Ifylls om personen lider av psykisk ohälsa:

4.1 Sätt ett kryss i någon av rutorna nedan, om personen lider av någon av följande sjukdomar eller funktionsnedsättningar:

- psykisk sjukdom (om ja, precisera): _____
- allvarlig personlighetsstörning
- allvarlig inlärningsstörning
- alkohol- eller drogmissbruk
- försämrad hjärnfunktion till följd av organisk sjukdom eller traumatisk hjärnskada

Om någon ruta under punkt 4.1 är ikryssad, besvaras också frågorna 4.2 - 4.6.

4.2 Har personen uppvisat paranoida drag, vanföreställningar, hallucinationer eller andra tydliga psykotiska symptom/beteende under de senaste sex månaderna?

Ja Nej

4.3 Får personen neuroleptiska läkemedel och/eller psykofarmaka som kan ges oralt eller som depåinjektion (under lång tid)?

Ja Nej

4.4 Är personen i behov av ständig vård eller tillsyn på grund av följderna av de(t) tillstånd som kryssats för under punkt 4.1?

Ja Nej

Om ja, vårdas personen i hemmet eller på vårdinrättning?

I hemmet På vårdinrättning

4.5 Besöker personen ett dagvårdscentrum (ständigt bemannat med kvalificerad vårdpersonal) minst en dag i veckan?

Ja Nej

4.6. Namn och adress till konsultpsykiatriker:

4.7 Ytterligare kommentarer som kan bidra till att fastställa svårighetsgraden av personens psykiska besvär, även om ingen av rutorna under punkt 4.1 har kryssats för:

YTTERLIGARE UPPGIFTER FÖR INSTITUTIONER I UNGERN

1 Är personen i behov av ständig vård eller tillsyn?

Ja

Nej

Om ja, vårdas personen i hemmet eller på vårdinrättning?

I hemmet

På vårdinrättning

2. Vilka aktiviteter behöver personen hjälp med?

3. Behöver personen någon hjälpmedelsutrustning?

Ja

Nej

Om ja, vilken?
