



Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

- Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete
- Den försäkrades syn på möjligheter till arbete

**1. Den försäkrade**

Den försäkrade ska styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 20005:29)

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

**2. Dokumentation eller utredningar som ligger till grund för bedömningen**

Dokumentation som ligger till grund för bedömningen

Utvidgad undersökning har genomförts

Ange typ av utvidgad undersökning samt namn och profession på den som genomfört undersökningen

**3. Sammanfattande sjukhistorik**

[Empty box for summary of medical history]

**4. Sjukdomsbild**

**4.1. Diagnos, funktionsnedsättningar (observationer och undersökningsfynd), behandling/rehabilitering samt substansintag**

Diagnoser enligt befintliga intyg	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos först) Minst tre positioner
1.	
2.	
Diagnoser utifrån nu utförd undersökning	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos först) Minst tre positioner
1.	
2.	
Kommentar	

72690104

Funktionsnedsättningar (observationer och undersökningsfynd)

Pågående behandling och rehabilitering

Substansintag (ordinerade läkemedel, alkohol, tobak, övriga substansintag)

#### 4.2. Referens till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Överensstämmer funktionsnedsättning och prognos för huvuddiagnosen med angivelserna i Försäkringsmedicinskt beslutsstöd?

Ja  Nej

Kommentar

#### 4.3. Förmåga till aktiviteter i dagligt liv

Bedömning av den försäkrades förmåga till aktiviteter i sitt dagliga liv

72690204

**5. Aktivitetsförmågeprofil****5.1. Förmågor relaterade till fysisk funktion**

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till styrka och rörlighet

 (0) ingen/obetydlig   
  (1) lätt   
  (2) måttlig   
  (3) stor   
  (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till fysisk uthållighet

 (0) ingen/obetydlig   
  (1) lätt   
  (2) måttlig   
  (3) stor   
  (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

**5.2. Förmågor relaterade till syn, hörsel och tal**

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till syn, hörsel och tal

 (0) ingen/obetydlig   
  (1) lätt   
  (2) måttlig   
  (3) stor   
  (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

**5.3. Förmågor relaterade till balans, koordination och finmotorisk kvalitet**

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till balans, koordination och finmotorisk kvalitet

 (0) ingen/obetydlig   
  (1) lätt   
  (2) måttlig   
  (3) stor   
  (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

72690304

**5.4. Förmågor relaterade till psykiska funktioner**

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till minne, inläring och koncentration

 (0) ingen/obetydlig     (1) lätt     (2) måttlig     (3) stor     (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till exekutiv funktion

 (0) ingen/obetydlig     (1) lätt     (2) måttlig     (3) stor     (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till affektiv funktion

 (0) ingen/obetydlig     (1) lätt     (2) måttlig     (3) stor     (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk uthållighet

 (0) ingen/obetydlig     (1) lätt     (2) måttlig     (3) stor     (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

**6. Koppling diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning**

Återspeglas sjukdomsbilden och dess funktionsnedsättningar på ett förväntat sätt i förmågeprofilen?

 Ja Nej

Beskriv på vilket sätt den inte gör det

**7. Medicinsk prognos för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning****8. Den försäkrades syn på möjligheter till arbete**

Redogör för den försäkrades syn på möjligheter till arbete och omställning utifrån information i frågeformuläret "Frågor om din hälsa, dina förmågor och din syn på möjligheten att arbeta" och fördjupande intervjufrågor.

a) Om den försäkrade har en anställning, tror han eller hon sig kunna återvända till den?

 Nej Ja, ungefärlig tidpunkt: \_\_\_\_\_

b) Den försäkrades tankar kring framtida arbete:

c) Självskattad arbetsförmåga vid undersökningstillfället uttryckt med ett tal (0-10)

d) Självskattad arbetsförmåga om sex månader från undersökningstillfället uttryckt med ett tal (0-10)

**9. Den försäkrades uppfattning**

Instämmer den försäkrade kring sjukdomsbild och de bedömda värdena för respektive förmågekategori?

 Ja Nej

Beskriv i vilka avseenden den försäkrades uppfattning skiljer sig

**10. Underskrift av behörig läkare**

Datum

Underskrift

Namn

Telefon

Tjänsteställning/befattning

Kompetens

Tjänsteställe

Arbetsplatskod

Adress



Förnamn och efternamn	
Läkarens namn	Datum för utfärdandet

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](https://forsakringskassan.se).



Förnamn och efternamn	
Läkarens namn	Datum för utfärdandet

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](https://forsakringskassan.se).