

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning är ekonomiska stöd till föräldrar som har barn med funktionsnedsättning.

- Omvårdnadsbidrag kan beviljas som helt, tre fjärdedels, halvt eller en fjärdedels bidrag beroende på hur mycket extra omvårdnad och tillsyn barnet behöver på grund av sin funktionsnedsättning. Det är inte det medicinska tillståndet i sig som ger rätt till bidraget, utan dess konsekvenser.
- Merkostnadsersättning kan beviljas på fem nivåer beroende på vilka merkostnader föräldrarna har på grund av barnets funktionsnedsättning.

### 1. Uppgifter om barnet

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

### 2. Uppgifter om barnets föräldrar

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Om du inte känner den sökande ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29). Identiteten är styrkt genom: <input type="checkbox"/> personlig kännedom <input type="checkbox"/> identitetshandling		

### 3. Utlåtandet är baserat på

Du kan ange ett eller flera alternativ	datum (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> Min undersökning av barnet	
<input type="checkbox"/> Journaluppgifter från och med	
<input type="checkbox"/> Anhörigs eller annans beskrivning av barnet	
Ange anhörig eller annans relation till barnet	
<input type="checkbox"/> Annat. Fyll i nedan.	
Annat underlag för utlåtandet:	
Jag har känt barnet sedan den	

**3.a Finns det andra medicinska utredningar eller underlag som är relevanta för fastställd diagnos?**

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan.	
Ange utredning eller underlag	datum (år, månad, dag)      Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Fyll i nedan.
Om utredning/underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen/underlaget?	
Ange ytterligare utredning eller underlag	datum (år, månad, dag)      Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Fyll i nedan.
Om utredning/underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen/underlaget?	

**4. Diagnos**

Ange den diagnos som är primär orsak till barnets funktionsnedsättning först	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

**4.a Beskriv kortfattat historiken för diagnoserna ovan**

--

**5. Funktionsnedsättning**

Beskriv eventuell funktionsnedsättning för respektive funktionsområde, och om möjligt grad (lätt, måttlig, stor eller total), utifrån diagnoserna ovan. Basera beskrivningen på vad som framkommit vid det senaste undersökningstillfället och i tidigare utredningar. Ange på vilka status- och undersökningsfynd du baserar bedömningen.

**Psykiska funktioner**

Beskriv eventuell intellektuell funktionsnedsättning.
Beskriv eventuell nedsatt förmåga att kommunicera eller interagera med en eller flera personer.
Beskriv eventuell nedsatt exekutiv funktion, förmåga till uppmärksamhet och koncentration.

Beskriv eventuell annan psykisk funktionsnedsättning.

### Sinnesfunktioner och smärta

Beskriv eventuell nedsättning av syn eller hörsel.

Beskriv eventuell smärtpåverkan.

### Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

Beskriv eventuell nedsättning av balans, koordination och motorik, exempelvis muskelstyrka, viljemässig motorik, balansförmåga och bålstabilitet.

### Övrig kroppslig funktion

Exempelvis nedsatt andningsfunktion, matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktion, nedsatt blås- och tarmfunktion.

### 6. Aktivitetsbegränsningar

Ge konkreta exempel på aktiviteter i barnets vardag där svårigheter uppstår. Beskriv det som framkommit vid din undersökning eller vid utredning av psykolog, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

### 7. Pågående eller planerade medicinska behandlingar

Exempelvis ordinerade läkemedel, hjälpmedel, träningsinsatser eller särskild kost.

Ange ansvarig vårdenheten och tidplan.

**8. Hur förväntas funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar utvecklas över tid?**

--

**9. Övriga upplysningar**

--

**10. Kontakt med Försäkringskassan**

<input type="checkbox"/> Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
--

**11. Kontakt med Försäkringskassan**

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

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



32200504