

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Det här utlåtandet gäller tillfällig föräldrapenning för ett allvarligt sjukt barn som inte fyllt 18 år. För att barnet ska bedömas vara allvarligt sjukt måste någon av följande punkter vara uppfyllda:

- Barnet misstänks lida av en sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv.
- Barnet har diagnostiserats med en sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv.
- Barnet har lidit av en sådan sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv och barnets hälsotillstånd under eftervårdstiden är allvarligt påverkat.

### 1. Barnet

Barnets förnamn och efternamn		Barnets personnummer (12 siffror)
Jag har personlig kännedom om barnet sedan (datum)	Datum för senaste undersökning	<input type="checkbox"/> Jag undersökte barnet <input type="checkbox"/> Jag har hämtat uppgiften från journalen
Förälderns förnamn och efternamn		Förälderns personnummer
Förälderns förnamn och efternamn		Förälderns personnummer

### 2. Barnets diagnos

Ange diagnosen, eller symtomen om diagnosen inte är fastställd.	Diagnoskod enligt ICD-10 eller DSM IV (minst tre positioner)
---	--

### 3. Barnets hälsotillstånd

Beskriv barnets nuvarande hälsotillstånd
--

**3.a Provsvar eller undersökningsfynd**

Beskriv relevanta provsvar eller undersökningsfynd. Om läkarutlåtandet avser misstanke, beskriv på vilket sätt undersökningsfynden innebär en konkret misstanke om ett specifikt sjukdomstillstånd.

**3.b Hälsotillståndets förändring över tid**

Beskriv hur barnets hälsotillstånd förändrats över tid

**3.c För vilken period bedömer du att barnet är allvarligt sjukt enligt någon av nedanstående punkter?**

- Barnet misstänks lida av en sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv.
- Barnet har diagnostiserats med en sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv.
- Barnet har lidit av en sådan sjukdom som är förenad med ett påtagligt hot mot barnets liv och barnets hälsotillstånd under eftervårdstiden är allvarligt påverkat.

Från och med

| till och med

**4. Vårdas barnet på sjukhus eller är det inskrivet med hemsjukvård?** Nej Ja

Från och med

| till och med

**5. Får barnet någon behandling med anledning av sin sjukdom?** Nej Ja

Beskriv behandlingen, hur ofta och vilken tid på dygnet den ges

**6. Läkarens underskrift**

Datum	Namnsteckning
Telefon, även riktnummer	Namnförtydligande
Mottagningens adress	

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".