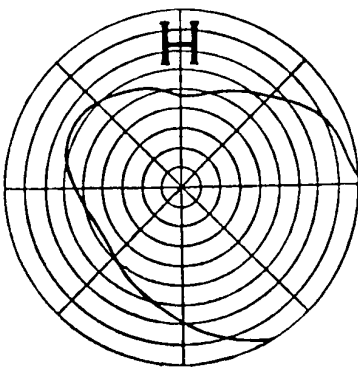
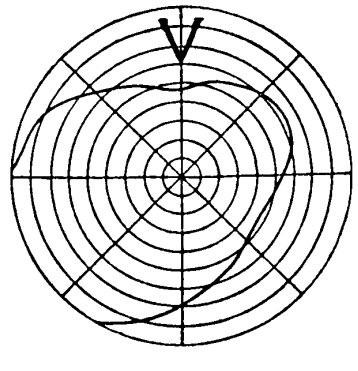


1. Förnamn och efternamn		2. Personnummer (12 siffror)	
3. Yrke/Sysselsättning		4. Utdelningsadress, postnummer och ort	
5. Telefon	6. Identitet styrkt genom <input type="checkbox"/> personlig kännedom <input type="checkbox"/> identitets-handling	7. Undertecknad har haft kännedom om den undersökte sedan	8. Undersökningsdatum

Den undersöktes sjukhistoria, subjektiva besvär och tillstånd vid senaste undersökningen

9. Kortfattad redogörelse utvisande sjukdomens början (tidpunkt), dess väsentliga förlopp med mera och om vård på sjukhus e. dyl. förekommit (klinik, vårdtid, diagnos)

10. Hörsel
 utan anmärkning bör bli föremål för särskild undersökning

11.	Höger öga	Vänster öga
a. Saknar sökanden helt synförmåga? Sedan när?		
b. Saknar sökanden sedan brytningsfel rättats led-syn? (Ange den sökandes förmåga att orientera sig i främmande miljö utan att försätta sig i fara. Se även under f.) Sedan när?		
c. Synskärpa utan korrektion? Synskärpa med korrektion? (glasets skärpa anges) Synskärpa under 0,1 anges enligt följande skala: fingerräkning (Fr) på angivet antal meter handrörelse (Hr) på 30 cm ljuslok (L) och ljusperc (P)		
d. Synfält. Uppgift bör lämnas på vidstående kartor. Metoden bör anges: perimeter, Goldman, Donder, konfrontationsmetoden.		

Försäkringskassans anteckningar

Fortsättning på sidan 2

Intyget ersatt med	kr	datum	sign	Ankomstdatum
--------------------	----	-------	------	--------------

e. Vilka förändringar föreligger i ögonen?	Höger öga	Vänster öga
f. Rubbningar i synförmågan i övrigt (samsyn, ögonmotorik, bländning, mörkerseende etc)		

12. Ange diagnos och diagnoskod enligt ICD-10 SE

--

13. Utlåtande

Bör den undersökte utredas vid Ami-Syn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
Bör den undersökte bli föremål för arbetslivsinriktad rehabilitering?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
14. Kan det antas att nedsättningen i synförmågan blir varaktig (= bestående åtskilliga år)? Om frågan besvarats med Nej anges hur lång tid den ungefärligen kan antas bestå		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

15. Särskilda upplysningar

--

Betalningsmottagare

Namn
Personnummer/organisationsnummer
Adress
PlusGironummer
Bankgironummer
Begärt arvode
<input type="checkbox"/> F-skattsedel <input type="checkbox"/> A-skattsedel

Underskrift

16. Läkarutlåtandet utfärdat på begäran av <input type="checkbox"/> Försäkringskassan <input type="checkbox"/> Länsarbetsnämnden <input type="checkbox"/> annan, vilken _____
20. Ort och datum
21. Läkarens underskrift (namnteckning jämte klartext), tjänsteställning, adress och telefon, (underskriften omfattar både sidan 1 och sidan 2)