



Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Den försäkrade

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

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

2. Finns det väsentlig information om diagnos, funktionsnedsättning eller aktivitetsbegränsning som inte framkommit tidigare?

Ja Nej

3. Diagnos för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

4. Funktionsnedsättning - observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat

5. Aktivitetsbegränsning relaterad till diagnos

--

7. Läkarens underskrift

Datum	Underskrift
Förskrivarkod och arbetsplatskod	Namnförtydligande
Mottagningens adress och telefon	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.