



Skickas till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Om patienten inte är känd ska
han eller hon styrka sin identitet
genom legitimation med foto
(SOSFS 2005:29)

1
 Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta
(fortsätt till fält 8 b)

2 Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

Diagnoskod enligt ICD-10
(Huvuddiagnos)
Minst tre positioner

3 Aktuellt sjukdomsförlopp

4 Funktionsnedsättning - observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat

Intyget baseras på <input type="text"/>	Datum
<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	_____
<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	_____
<input type="checkbox"/> journaluppgifter	_____
<input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)	_____

5 Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4)

6 a Rekommendationer

kontakt med Arbetsförmedlingen

kontakt med företagshälsovården

övrigt (ange vad) _____

6 b Planerad eller pågående behandling eller åtgärd

inom sjukvården (ange vilken) _____

annan åtgärd (ange vilken) _____

7 Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?

Ja Nej Går inte att bedöma

8 a Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till

nuvarande arbete - ange aktuella arbetsuppgifter _____

arbetslöshet - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

föräldradaghet med föräldrapenning - att vårda sitt barn

8 b Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är

| från och med (år, månad, dag)

| längst till och med (år, månad, dag)

nedsatt med 1/4

| från och med (år, månad, dag)

| längst till och med (år, månad, dag)

nedsatt med hälften

| från och med (år, månad, dag)

| längst till och med (år, månad, dag)

nedsatt med 3/4

| från och med (år, månad, dag)

| längst till och med (år, månad, dag)

helt nedsatt

9 Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför att:

10 Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)

Ja Ja, delvis Nej Går inte att bedöma (Förtydliga i fält 13)

11 Kan resor till och från arbetet med annat färdstätt än normalt göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?

Ja

Nej

12

Kontakt önskas med Försäkringskassan

Ja

13 Övriga upplysningar och förtydliganden

Ovanstående uppgifter och bedömningar bekräftas

14 Datum

16 Läkarens namnteckning

15 Namnförtydligande, mottagningens adress och telefon

17 Förskrivarkod och arbetsplatskod