

Använd fortsättningsbladet som finns i slutet av blanketten om utrymmet i fälten inte räcker till.

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

**Personuppgifter**

|                                |                    |                                     |   |
|--------------------------------|--------------------|-------------------------------------|---|
| Förnamn och efternamn          |                    |                                     | Personnummer (12 siffror)   |
| Journaluppgifter från och med  | Undersökningsdatum | Jag har kännedom om patienten sedan | Identitet styrkt genom:<br><input type="checkbox"/> personlig kännedom<br><input type="checkbox"/> identitetshandling |
| Sysselsättning/arbetsuppgifter |                    | Arbetsgivare                        | Arbetslös sedan   |

**Uppgifter för Försäkringskassans bedömning**

Utlåtandet bör belysa medicinska omständigheter som sätter ned arbetsförmågan vid sjukdom eller medfödd skada.

|  |   |  |                      |  |  |
|--|---|--|----------------------|--|--|
| 1  | Vilka tidigare sjukdomar kan ha relevans för det nuvarande medicinska tillståndet?  |  |                      |  |  |
| 2  | Redogör för det nuvarande medicinska tillståndets förlopp fram till den senaste undersökningen. Ange även den vård och behandling som getts samt resultatet av denna.   |  |                      |  |  |
| 3  | Status och objektiva undersökningsfynd på organnivå (funktionsnedsättning).   |  |                      |  |  |
| 4  | Ange diagnos eller diagnoser som är orsaken till patientens nedsatta arbetsförmåga. <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%;">Diagnoskod enligt ICD-10<br/>Huvuddiagnos först</td> <td style="width: 30%;">Minst tre positioner</td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> | Diagnoskod enligt ICD-10<br>Huvuddiagnos först | Minst tre positioner |  |  |
| Diagnoskod enligt ICD-10<br>Huvuddiagnos först | Minst tre positioner  |  |                      |  |  |
|  |   |  |                      |  |  |

32000101

FK 3200 (014 F 001) Fastställt av Försäkringskassan

|   |
|---|
| <p><b>5</b> Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå (aktivitetsbegränsning)?</p>  |
| <p><b>6</b> Återge kort hur patienten själv beskriver sina arbetshinder och återstående resurser.</p>   |
| <p><b>7</b> Vilka insatser har gjorts för att kompensera patientens aktivitetsbegränsning? Finns det några andra planerade insatser som kan bidra till en ökad arbetsförmåga, till exempel träning, hjälpmedel eller annan rehabilitering? Ange i så fall tidsplan. Behövs en mer riktad bedömning av arbetsförmågan?</p> |
| <p><b>8</b> Finns det några andra faktorer som påverkar patientens möjligheter att arbeta?</p>  |
| <p><b>9</b> Sammanfatta det medicinska tillståndet. Hur påverkar patientens hinder och resurser möjligheterna att arbeta? Finns det några begränsningar för vissa arbetsuppgifter?</p>  |
| <p><b>10</b> Hur förväntas arbetsförmågan utvecklas på sikt? Ange i så fall när en förändring kan inträffa och på vilket sätt. Ange om prognosen skiljer sig för olika diagnoser?</p>   |

32000201

11 Övriga upplysningar, till exempel önskemål om avstämningsmöte.

### Underskrift

Läkarutlåtandet är utfärdat på begäran av :

Försäkringskassan

Arbetsförmedlingen

Datum

Läkarens namnteckning. Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

Namnförtydligande, tjänsteställe

Förskrivarkod och arbetsplatskod

### Vårdgivare

|   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| Namn  |                                       | Personnummer/organisationsnummer                                 |
| Adress  |                                       | Postnummer och ort   |
| Plusgironummer - endast privat vårdgivare                         |                                       | Bankgironummer - endast privat vårdgivare                        |
| <input type="checkbox"/> Begärt arvode - endast privat vårdgivare | <input type="checkbox"/> F-skattsedel | <input type="checkbox"/> A-skattsedel - endast privat vårdgivare |

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



Personnummer

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Efternamn och förnamn |                       |
| Läkarens namn         | Datum för utfärdandet |

32000401



Personnummer

|                       |                       |
|-----------------------|-----------------------|
| Efternamn och förnamn |                       |
| Läkarens namn         | Datum för utfärdandet |

|  |
|--|
|  |
|--|

32000501