



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

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

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: <input type="checkbox"/> personlig kännedom <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.

Diagnoskod enligt ICD-10 Huvuddiagnos först
Minst tre positioner

32000101

<p>5 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå (aktivitetsbegränsning)?</p>
<p>6 Återge kort hur patienten själv beskriver sina arbetshinder och återstående resurser.</p>
<p>7 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>8 Finns det några andra faktorer som påverkar patientens möjligheter att arbeta?</p>
<p>9 Sammanfatta det medicinska tillståndet. Hur påverkar patientens hinder och resurser möjligheterna att arbeta? Finns det några begränsningar för vissa arbetsuppgifter?</p>
<p>10 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.

12. Handikappersättning

Uppgifter för bedömning av eventuell rätt till handikappersättning.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sin egna personliga vård (hygien, toalettbesök med mera)? Ange i så fall på vilket sätt.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sina dagliga sysslor som till exempel städning, tvätt och inhandling av varor? Ange i så fall på vilket sätt.

Har sjukdomen eller funktionshindret medfört att patienten kan få betydande merutgifter för specialkost, hjälpmedel, förbrukningsmaterial som salvor och omlägningsmaterial eller något annat? Ange i så fall vad.

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.



Personnummer

Efternamn och förnamn	
Läkarens namn	Datum för utfärdandet

32000401



Personnummer

Efternamn och förnamn	
Läkarens namn	Datum för utfärdandet

32000501