

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Vad är vårdbidrag?

Vårdbidrag är en ersättning för det utökade vård- och tillsynsarbete som förälder till ett barn med funktionsnedsättning utför. Det kan också ge ersättning för vissa merkostnader som uppkommer på grund av barnets sjukdom eller funktionsnedsättning.

Det är inte det medicinska tillståndet i sig som ger rätt till vårdbidrag, utan dess konsekvenser. Vårdbidrag kan betalas ut som hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels förmån. Det är omfattningen av behovet av tillsyn och vård och merkostnaderna som avgör nivån på vårdbidraget.

1. Uppgifter om barnet

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	

2. Uppgifter om barnets föräldrar

Skriv den förälder som avser att ansöka om vårdbidrag överst.

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Om du inte känner den sökande ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29). Identiteten är styrkt genom: <input type="checkbox"/> personlig kännedom <input type="checkbox"/> identitetshandling		

3. Utlåtandet är baserat på

Du kan ange ett eller flera alternativ	datum (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> Min undersökning av barnet	
<input type="checkbox"/> Journaluppgifter från och med	
<input type="checkbox"/> Anhörigs eller annans beskrivning av barnet Ange anhörig eller annans relation till barnet	
<input type="checkbox"/> Annat. Fyll i nedan. Annat underlag för utlåtandet:	
Jag har känt barnet sedan den	

3.a Finns det andra medicinska utredningar eller underlag som är relevanta för fastställd diagnos?

<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan.	
Ange utredning eller underlag	datum (år, månad, dag) Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Fyll i nedan.
Om utredning/underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen/underlaget?	
Ange ytterligare utredning eller underlag	datum (år, månad, dag) Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej. Fyll i nedan.
Om utredning/underlag inte bifogas, var kan Försäkringskassan hämta utredningen/underlaget?	

4. Diagnos

Ange den diagnos som är primär orsak till patientens funktionsnedsättning först	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

4.a Beskriv kortfattat historiken för diagnoserna ovan

--

5. Funktionsnedsättning

Utifrån diagnoserna ovan, beskriv eventuell funktionsnedsättning för respektive funktionsområde och om möjligt grad (lätt, måttlig, stor, total). Ange om funktionsnedsättning kan korrigeras med hjälpmedel.

Basera beskrivningen på vad som framkommit vid senaste undersökningstillfället och tidigare utredningar. Ange vilka status- och undersökningsfynd du baserar bedömningen på.

Psykiska funktioner

Beskriv eventuell intellektuell funktionsnedsättning.
Beskriv eventuell nedsatt förmåga att kommunicera eller interagera med en eller flera personer.
Beskriv eventuell nedsatt exekutiv funktion, förmåga till uppmärksamhet och koncentration.

Beskriv eventuell annan psykisk funktionsnedsättning.

Sinnesfunktioner och smärta

Beskriv eventuell nedsättning av syn eller hörsel.

Beskriv eventuell smärtpåverkan.

Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

Beskriv eventuell nedsättning av balans, koordination och motorik, exempelvis muskelstyrka, viljemässig motorik, balansförmåga och bålstabilitet.

Övrig kroppslig funktion

Exempelvis nedsatt andningsfunktion, matsmältnings- och ämnesomsättningsfunktion, nedsatt blås- och tarmfunktion.

6. Aktivitetsbegränsningar

Ge konkreta exempel på aktiviteter i barnets vardag där svårigheter uppstår. Beskriv det som framkommit vid din undersökning eller vid utredning av psykolog, fysioterapeut eller arbetsterapeut.

7. Pågående eller planerade medicinska behandlingar

Exempelvis ordinerade läkemedel, hjälpmedel, träningsinsatser eller särskild kost.

Ange ansvarig vårdenheten och tidplan.

8. Hur förväntas barnets funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar utvecklas över tid?

--

9. Övriga upplysningar

--

10. Kontakt med Försäkringskassan

<input type="checkbox"/> Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
--

11. Kontakt med Försäkringskassan

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



32200503