

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Vad är assistansersättning?

Assistansersättning är en statlig ersättning för att kunna anställa personliga assistenter. Både vuxna och barn kan få assistansersättning.

Assistansersättning kan ges till

- personer med utvecklingsstörning, autism eller autismliknande tillstånd
- personer med betydande och bestående begåvningsmässiga funktionsnedsättningar efter en hjärnskada i vuxen ålder som orsakats av yttre våld eller kroppslig sjukdom
- personer med andra varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar, som uppenbart inte beror på ett normalt åldrande.

För att få assistansersättning ska man behöva hjälp med sina grundläggande behov mer än 20 timmar per vecka.

1. Uppgifter om patienten

Förnamn och efternamn		Personnummer (12 siffror)
Utdelningsadress	Postnummer och ort	
Identiteten styrkt genom		

2. Utlåtandet är baserat på

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

2.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?	

3. Diagnos

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

3.a Beskriv kortfattat historiken för diagnoserna ovan

4. Funktionsnedsättning

Utifrån diagnoserna ovan, beskriv eventuell funktionsnedsättning för respektive funktionsområde samt gradering till exempel enligt Internationell klassifikation av funktionstillstånd, funktionshinder och hälsa (ICF) (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.

4.a Psykiska funktioner

Beskriv eventuell intellektuell funktionsnedsättning.

Beskriv eventuell nedsättning av psykosociala funktioner.

Beskriv eventuell nedsättning av mer specifika psykiska funktioner som till exempel nedsatt exekutiv förmåga, förmåga till uppmärksamhet och minne etc.

Beskriv eventuell annan psykisk funktionsnedsättning.

4.b Sinnesfunktioner och smärta

Beskriv eventuell nedsättning av syn eller hörsel.

Beskriv eventuell smärtpåverkan.

4.c Neuromuskuloskeletala och rörelserelaterade funktioner

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

4.d Övrig kroppslig funktion

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

5. Aktivitetsbegränsningar

Beskriv vilka svårigheter patienten har att genomföra aktiviteter i sin dagliga livsföring på grund av sina funktionsnedsättningar. Du kan utgå från kapitlen om aktiviteter och delaktighet i ICF som stöd. Beskriv det som kommit fram vid din undersökning eller vid utredning av fysioterapeut eller arbetsterapeut eller annan hälso- och sjukvårdspersonal. Om uppgifterna hämtats från någon annan än hälso- och sjukvårdspersonal ange varifrån uppgifterna hämtats.

Ange om vissa aktiviteter medför risker för individen eller andra.

6. Pågående eller planerade medicinska behandlingar

Exempelvis ordinerade läkemedel, hjälpmedel eller träningsinsatser.

Ange ansvarig vårdenheten och tidplan.

7. Hur förväntas patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar utvecklas över tid?

8. Sjukvårdande insatser inom personlig assistans

Assistansersättning kan inte lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken). Om en hälso- och sjukvårdsåtgärd bedöms utföras som egenvård kan assistansersättning i vissa fall beviljas för detta hjälpbehov.

Socialstyrelsen har föreskrifter (SOSFS 2009:6) om bedömningen av om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. Enligt dem är det den behandlande legitimerade yrkesutövaren i hälso- och sjukvården som inom sitt ansvarsområde ska bedöma om en hälso- och sjukvårdsåtgärd kan utföras som egenvård. I förekommande fall ska en utredning göras för att avgöra om patienten själv eller med hjälp av någon annan på ett säkert sätt kan utföra en hälso- och sjukvårdsåtgärd som egenvård (4 kap. 1 och 5 §§ SOSFS 2009:6).

Har patienten behov av hjälp som innefattar sjukvårdande insatser enligt HSL?

Nej Ja. Fyll i nedan.

Ange vilka insatser och i vilken omfattning

Har patienten behov av hjälp med sjukvårdande insatser som bedöms kunna utföras som egenvård?

Nej Ja. Fyll i nedan.

Ange vilka insatser och i vilken omfattning

9. Övriga upplysningar

--

10. Kontakt med Försäkringskassan

Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.

11. Underskrift

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

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



78050502