

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. De grundläggande behoven är hjälp med måltider, personlig hygien, att klä på och av sig, att kommunicera med andra och annan hjälp som kräver ingående kunskaper.

1. Uppgifter om patienten

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		

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"/> Journaluppgifter från och med	
<input type="checkbox"/> Anhörigs eller 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 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.

Neuromuskuloskeletal 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.

5. Aktivitetsbegränsningar

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

Ange om vissa aktiviteter medför risker för individen eller andra.

6. Pågående eller planerade medicinska behandlingar

Exempelvis ordinerade läkemedel, hjälpmedel eller träningsinsatser.

Ange ansvarig vårdenheter och tidplan.

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

--

8. Sjukvårdande insatser i hemmet

Assistansersättning kan inte lämnas för sjukvårdande insatser enligt hälso- och sjukvårdslagen, HSL (51 kap. 5 § socialförsäkringsbalken). Se Socialstyrelsens föreskrifter (SOSFS 2009:6) gällande egenvård för mer information.

Har patienten ett behov av omvårdnad som kräver sjukvårdande insatser?

Nej Ja. Fyll i nedan.

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	

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



78050501