

Skicka blanketten till
 Försäkringskassans inläsningscentral
 839 88 Östersund

- Bedömning av medicinska förutsättningar för arbete
- Den försäkrades syn på möjligheter till arbete

Den försäkrade ska styrka sin identitet genom
 legitimation med foto (SOSFS 20005:29)

1. Den försäkrade

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

2. Dokumentation eller utredningar som ligger till grund för bedömningen

Dokumentation som ligger till grund för bedömningen

Utvidgad undersökning har genomförts

Ange typ av utvidgad undersökning samt namn och profession på den som genomfört undersökningen

3. Sammanfattande sjukhistorik

--

4. Sjukdomsbild
4.1. Diagnos, funktionsnedsättningar (observationer och undersökningsfynd), behandling/rehabilitering samt substansintag

Diagnoser enligt befintliga intyg	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos först) Minst tre positioner
1.	
2.	
Diagnoser utifrån nu utförd undersökning	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos först) Minst tre positioner
1.	
2.	
Kommentar	

Funktionsnedsättningar (observationer och undersökningsfynd)

Pågående behandling och rehabilitering

Substansintag (ordinerade läkemedel, alkohol, tobak, övriga substansintag)

4.2. Referens till Försäkringsmedicinskt beslutsstöd

Överensstämmer funktionsnedsättning och prognos för huvuddiagnosen med angivelserna i Försäkringsmedicinskt beslutsstöd?

Ja Nej

Kommentar

4.3. Förmåga till aktiviteter i dagligt liv

Bedömning av den försäkrades förmåga till aktiviteter i sitt dagliga liv

72690203

5. Aktivitetsförmågeprofil

5.1. Förmågor relaterade till fysisk funktion

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till styrka och rörlighet

(0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till fysisk uthållighet

(0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

5.2. Förmågor relaterade till syn, hörsel och tal

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till syn, hörsel och tal

(0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

5.3. Förmågor relaterade till balans, koordination och finmotorisk kvalitet

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till balans, koordination och finmotorisk kvalitet

(0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

72690303

5.4. Förmågor relaterade till psykiska funktioner

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till minne, inläring och koncentration

 (0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till exekutiv funktion

 (0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till affektiv funktion

 (0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Bedömt värde för aktivitetsbegränsningar relaterade till psykisk uthållighet

 (0) ingen/obetydlig (1) lätt (2) måttlig (3) stor (4) mycket stor/total begränsning

Beskriv i detalj den försäkrades begränsningar enligt ifyllnadsanvisning

ICF-kod enligt ifyllnadsanvisning

6. Koppling diagnos, funktionsnedsättning, aktivitetsbegränsning

Återspeglas sjukdomsbilden och dess funktionsnedsättningar på ett förväntat sätt i förmågeprofilen?

 Ja Nej

Beskriv på vilket sätt den inte gör det

7. Medicinsk prognos för funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsning**8. Den försäkrades syn på möjligheter till arbete**

Redogör för den försäkrades syn på möjligheter till arbete och omställning utifrån information i frågeformuläret "Frågor om din hälsa, dina förmågor och din syn på möjligheten att arbeta" och fördjupande intervjufrågor.

a) Om den försäkrade har en anställning, tror han eller hon sig kunna återvända till den?

 Nej Ja, ungefärlig tidpunkt: _____

b) Den försäkrades tankar kring framtida arbete:

c) Självskattad arbetsförmåga vid undersökningstillfället uttryckt med ett tal (0-10)

d) Självskattad arbetsförmåga om sex månader från undersökningstillfället uttryckt med ett tal (0-10)

9. Den försäkrades uppfattning

Instämmer den försäkrade kring sjukdomsbild och de bedömda värdena för respektive förmågekategori?

 Ja Nej

Beskriv i vilka avseenden den försäkrades uppfattning skiljer sig

10. Underskrift av behörig läkare

Datum	Underskrift	
Namn		Telefon
Tjänsteställning/befattning	Kompetens	
Tjänsteställe	Arbetsplatskod	
Adress		