

Använd "Fortsättningsblad läkarutlåtande"  
(FK 3201) om utrymmet inte räcker.

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
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

**5** Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå (aktivitetsbegränsning)?

**6** Återge kort hur patienten själv beskriver sina arbetshinder och återstående resurser.

**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?

**8** Finns det några andra faktorer som påverkar patientens möjligheter att arbeta?

**9** Sammanfatta det medicinska tillståndet. Hur påverkar patientens hinder och resurser möjligheterna att arbeta? Finns det några begränsningar för vissa arbetsuppgifter?

**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?

**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  \_\_\_\_\_

Fortsättningsblad FK 3201 har använts.

Datum

Läkarens namnteckning. Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

Namnförtydligande, tjänsteställning

Förskrivarkod och arbetsplatskod

## Vårdgivare

Namn  Personnummer/organisationsnummer

Adress

Postnummer och ort

Plusgironummer - endast privat vårdgivare

Bankgironummer - endast privat vårdgivare

Begärt arvode - endast privat vårdgivare  F-skattesedel  A-skattesedel - endast privat vårdgivare

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".