

Skickas till
 Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

 Om du inte känner patienten ska
 hon eller han styrka sin identitet
 genom legitimation med foto
 (SOSFS 2005:29)

Läkarintyg enligt 3 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring

Du kan även använda blanketten för avstängning enligt smittskyddslagen (SmL)

1	<input type="checkbox"/> Avstängning enligt SmL på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)
----------	--

Medicinsk bedömning

Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden

2 Diagnos/diagnoser för sjukdom/symtom som orsakar nedsatt arbetsförmåga	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos) Minst tre positioner
---	--

3 Anamnes för aktuell sjukdom	
--------------------------------------	--

4 Status och objektiva undersökningsfynd på organsnivå (funktionsnedsättning)	Jag baserar uppgifterna på	Datum
	<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	_____
	<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	_____
	<input type="checkbox"/> journaluppgifter	_____
	<input type="checkbox"/> annat (ange vad i punkt 13)	_____

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

6 Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas
<input type="checkbox"/> Given ordination (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Fortsatt poliklinisk kontakt
<input type="checkbox"/> Undvika viss belastning (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Besöka arbetsplatsen
<input type="checkbox"/> Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Väntar på annan åtgärd (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad) _____

72631102

7 Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?

Ja Nej Går inte att bedöma Patienten behöver få kontakt med företagshälsovård

8 Jag bedömer patientens arbetsförmåga i förhållande till

nuvarande arbete - **ange alltid arbetsuppgifter** _____

arbetslöshet - att söka och kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn

Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är

från och med (år, månad, dag) | längst till och med (år, månad, dag)

nedsatt med 1/4

| från och med (år, månad, dag) | längst till och med (år, månad, dag)

nedsatt med hälften

| från och med (år, månad, dag) | längst till och med (år, månad, dag)

nedsatt med 3/4

| från och med (år, månad, dag) | längst till och med (år, månad, dag)

helt nedsatt

9 Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är nedsatt längre tid än den som de försäkringsmedicinska riktlinjerna anger, därför att:

10 Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)

Ja Ja, delvis Nej Går inte att bedöma (motivera i punkt 13)

11 Kan resor till och från arbetet med annat färdmedel än det patienten normalt använder göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?

Ja Nej

12

Jag vill ha kontakt med Försäkringskassan

Ja Nej

13 Övriga upplysningar

Underskrift

14 Datum

16 Läkarens namnteckning

15 Namnförtydligande, mottagningens adress, telefon
(om du inte har angett detta längst upp på blanketten)

17 Förskrivarkod och arbetsplatskod