

Patientens namn

Personnummer

Skickas till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 ÖstersundOm patienten inte är känd ska  
han eller hon styrka sin identitet  
genom legitimation med foto  
(SOSFS 2005:29)

|   |
|---|
| <b>1</b>  |
| <input type="checkbox"/> Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta<br>(fortsätt till fält 8 b) |

|  |  |  |
|--|--|--|
| <b>2</b> Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga                         |  | Diagnoskod enligt ICD-10<br>(Huvuddiagnos) |
|  |  | Minst tre positioner                       |
| <b>3</b> Aktuellt sjukdomsförlopp  |  |  |
| <b>4</b> Funktionsnedsättning - observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat          | Intyget baseras på   | Datum                                      |
|  | <input type="checkbox"/> min undersökning<br>av patienten    | _____                                      |
|  | <input type="checkbox"/> min telefonkontakt<br>med patienten | _____                                      |
|  | <input type="checkbox"/> journaluppgifter                    | _____                                      |
|  | <input type="checkbox"/> annat (ange vad i<br>fält 13)       | _____                                      |
| <b>5</b> Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4) |  |  |
| <b>6 a</b> Rekommendationer  |  |  |
| <input type="checkbox"/> kontakt med Arbetsförmedlingen  |  |  |
| <input type="checkbox"/> kontakt med företagshälsovården   |  |  |
| <input type="checkbox"/> övrigt (ange vad) _____   |  |  |
| <b>6 b</b> Planerad eller pågående behandling eller åtgärd                                       |  |  |
| <input type="checkbox"/> inom sjukvården (ange vilken) _____                                     |  |  |
| <input type="checkbox"/> annan åtgärd (ange vilken) _____  |  |  |

**7** Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?

☐ Ja ☐ Nej ☐ Går inte att bedöma

**8 a** Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till

☐ nuvarande arbete - ange aktuella arbetsuppgifter \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

☐ arbetslöshet - att utföra arbete på den reguljära arbetsmarknaden

☐ föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn

**8 b** 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 \_\_\_\_\_ från och med (år, månad, dag) | \_\_\_\_\_ längst till och med (år, månad, dag)

**9** Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet 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 (Förtydliga i fält 13)

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

☐ Ja ☐ Nej

**12**

Kontakt önskas med Försäkringskassan

☐ Ja

**13** Övriga upplysningar och förtydliganden**Ovanstående uppgifter och bedömningar bekräftas****14** Datum**16** Läkarens namnteckning**15** Namnförtydligande, mottagningens adress och telefon**17** Förskrivarkod och arbetsplatskod