

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 (fortsätt till fält 8 b)

<b>2</b> Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga		Diagnoskod enligt ICD-10 (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 av patienten	_____
	<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	_____
	<input type="checkbox"/> journaluppgifter	_____
	<input type="checkbox"/> annat (ange vad i 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 sådant arbete som är normalt förekommande på 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

Fysisk underskrift krävs ej av intygmottagare

**17** Förskrivarkod och arbetsplatskod