

Patientens namn

Personnummer

Skickas till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

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

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

| 2 Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga | Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos) | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------|-------|--|-------|---|-------|---|-------|---|-------|
| | Minst tre positioner | | | | | | | | | | |
| 3 Aktuellt sjukdomsförlopp | | | | | | | | | | | |
| 4 Funktionsnedsättning - observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat | <table border="1"><thead><tr><th>Intyget baseras på</th><th>Datum</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> min undersökning av patienten</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> journaluppgifter</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)</td><td>_____</td></tr></tbody></table> | 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) | _____ |
| 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) | _____ | | | | | | | | | | |
| 5 Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4) | | | | | | | | | | | |
| 6 a Rekommendationer | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> kontakt med Arbetsförmedlingen | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> kontakt med företagshälsovården | | | | | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> övrigt (ange vad) _____ | | | | | | | | | | | |
| 6 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