



Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

### 1. Smittbärappening

☐ Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna "Diagnos" och "Nedsättning av arbetsförmåga").

### 2. Intyget är baserat på

datum (år, månad, dag)

☐ min undersökning av patienten

☒ min telefonkontakt med patienten 2024-11-19

☐ journaluppgifter från den

☐ annat

Ange vad annat är:

### 3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?

☐ Nuvarande  
arbete

Ange yrke och arbetsuppgifter

☒ Arbetssökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

☐ Föräldraledighet för vård av barn

☐ Studier

### 4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD)	F   9   0   0   B
Ångesttillstånd, ospecificerat	F   4   1   9

### 5. Funktionsnedsättning

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

Se tidigare intyg. Deltidssjukskrivning har haft avsedd effekt, med lägre belastning och minskning av ångestsymtom, nedstämdhetssymtom och sömnstörning. Däremot är risken ännu stor för återfall och han nu skulle avsluta sin sjukskrivning och bli arbetssökande på heltid.

### 6. Aktivitetsbegränsning

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

Patienten har nu svårt att mobilisera sina kognitiva förmågor till att göra jobbansökningar.

### 7. Medicinsk behandling

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhets.

Läkemedelsbehandling. Har egenfinansierad terapi med terapeut i utlandet.

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhets.

Väntar på psykologbedömning hos oss.

### 8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan

<input type="checkbox"/> 100 procent	från och med (år, månad, dag)	till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> 75 procent		
<input checked="" type="checkbox"/> 50 procent	2024-11-13	2025-02-28
<input type="checkbox"/> 25 procent		

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att

☐ Resor till och från arbetet med annat färdmedel än normalt kan göra det möjligt för patienten att återgå till arbetet under sjukskrivningsperioden.

Kommer möjligheterna till återgång i arbete försämrats om arbetstiden förläggs på annat sätt än att arbetstiden minskas lika mycket varje dag?

☒ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan.

Beskriv de medicinska skälen till att möjligheterna till återgång i arbete försämrats

### 9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

- ☐ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.
- ☒ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 3 månader.
- ☐ Patienten förväntas inte kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.
- ☐ Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

### 10. Här kan du ange åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbetsträning          | <input type="checkbox"/> Ergonomisk bedömning          | <input type="checkbox"/> Omfördelning av arbetsuppgifter |
| <input type="checkbox"/> Arbetsanpassning       | <input type="checkbox"/> Hjälpmedel                    | <input type="checkbox"/> Övrigt                          |
| <input type="checkbox"/> Söka nytt arbete       | <input type="checkbox"/> Konflikthantering             | <input checked="" type="checkbox"/> Inte aktuellt        |
| <input type="checkbox"/> Besök på arbetsplatsen | <input type="checkbox"/> Kontakt med företagshälsovård |  |

Här kan du ange fler åtgärder. Du kan också beskriva hur åtgärderna kan underlätta återgång i arbete.

### 11. Övriga upplysningar

Motivering till varför utlåtandet inte baseras på undersökning av patienten: Undertecknad har ej haft möjlighet att erbjuda fysiskt återbesök. Orsak för att starta perioden mer än 7 dagar bakåt i tiden: Se ovan.

## 12. Kontakt med Försäkringskassan

<input type="checkbox"/> Jag önskar att Försäkringskassan kontakter mig.
Ange gärna varför du vill ha kontakt.

## 13. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
2024-11-19	Elektroniskt signerad
Namnförtydligande	
Joakim Hertze	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Specialistläkare	Psykiatri
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
SE162321000255-119632	0000000
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	
Integrerad Närpsykiatri Malmö Centrum Kalendegatan 18, 21135 Malmö 040243500	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](https://forsakringskassan.se).

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.