



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)

<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) _____

72631104

**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**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**15** Namnförtydligande, mottagningens adress och telefon**16** Läkarens namnteckning

\_\_\_\_\_

**17** Förskrivarkod och arbetsplatskod