

Om du inte känner patienten ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29).

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

1. Smittbärarpenning

- ☐ Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna Diagnos (4) och Nedsättning av arbetsförmåga (8).

2. Intyget är baserat på

datum (år, månad, dag)

- ☐ min undersökning av patienten
- ☐ min telefonkontakt med patienten
- ☐ 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

5. Funktionsnedsättning

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

6. Aktivitetsbegränsning

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

7. Medicinsk behandling

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

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

8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan ☐ 100 procent

| från och med (år, månad, dag)

| till och med (år, månad, dag)

☐ 75 procent☐ 50 procent☐ 25 procentPatientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att

78040201

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

Finns det medicinska skäl att förlägga arbetstiden på något annat sätt än att minska arbetstiden lika mycket varje dag?

☐ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan.

Beskriv medicinska skäl till annan förläggning av arbetstiden

9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

- ☐ Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.
- ☐ Patienten kommer med stor sannolikhet att kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom
- ☐ Patienten kommer med stor sannolikhet inte att 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 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

78040301

12. Kontakt med Försäkringskassan ☐☐ Jag önskar att Försäkringskassan kontakter mig.

Ange gärna varför du vill ha kontakt

13. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning	
Namnförtydligande		
Befattning	Eventuell specialistkompetens	
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod	
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.		
Vårdenhetens namn, adress och telefon		

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

78040401