

Den gravidas namn

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Beräknat nedkomstdatum

Datum	Intygsgivare <input type="checkbox"/> Läkare <input type="checkbox"/> Barnmorska <input type="checkbox"/> Sjuksköterska
-------	--

2. Underskrift

Datum	Namnteckning av läkare, barnmorska eller sjuksköterska	
Namnförtydligande		
Befattning	Eventuell specialistkompetens	
HSA-id	Arbetsplatskod	
Intygsutfärdarens personnummer. Anges endast om du saknar HSA-id.		
Vårdenhetens namn, adress och telefon		

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

7211XXXX