



Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Vem kan få omvårdnadsbidrag eller merkostnadsersättning för barn?

Omvårdnadsbidrag och merkostnadsersättning för barn är till för föräldrar som har barn med funktionsnedsättning.

Omvårdnadsbidrag kan beviljas om barnet behöver mer omvårdnad och tillsyn än barn i samma ålder som inte har en funktionsnedsättning. Behoven ska antas finnas i minst 6 månader.

Merkostnadsersättning kan beviljas om föräldern har merkostnader som beror på barnets funktionsnedsättning. Merkostnaderna ska uppgå till minst 25 procent av ett prisbasbelopp per år, och funktionsnedsättningen ska antas finnas i minst 6 månader.

1. Utlåtandet är baserat på

Du kan ange ett eller flera alternativ

datum (år, månad, dag)

☐

Min undersökning vid fysiskt vårdmöte

☐

Min undersökning vid digitalt vårdmöte

☐

Journaluppgifter från den

☐

Anhörigs eller annans beskrivning av patienten

Ange anhörigs eller annans relation till patienten

☐

Annat

Ange vad annat är

2. Är utlåtandet även baserat på andra medicinska utredningar eller underlag?

☐

Nej

☐

Ja. Fyll i nedan

Ange utredning eller underlag

datum (år, månad, dag)

Var kan Försäkringskassan hämta information om utredningen eller underlaget?

Ange ytterligare utredning eller underlag

datum (år, månad, dag)

Var kan Försäkringskassan hämta information om utredningen eller underlaget?

Ange ytterligare utredning eller underlag

datum (år, månad, dag)

Var kan Försäkringskassan hämta information om utredningen eller underlaget?

3. Diagnos eller diagnoser

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

Sammanfatta historiken för diagnoserna

4. Funktionsnedsättning — beskriv undersökningsfynd och grad av funktionsnedsättning inom relevanta funktionsområden

Intellektuell funktion

Övergripande psykosociala funktioner

Uppmärksamhet, koncentration och exekutiv funktion

Annan psykisk funktion

Sinnesfunktioner och smärta

--

Balans, koordination och motorik

--

Annan kroppslig funktion

--

5. Aktivitetsbegränsningar — beskriv vad barnet har svårt att göra på grund av den eller de funktionsnedsättningar som beskrivs ovan

Ge konkreta exempel på aktiviteter i barnets vardag där svårigheter uppstår.

--

6. Medicinska behandlingar

Ange pågående eller planerade behandlingar eller åtgärder som är relevanta utifrån funktionsnedsättningen. Det kan vara ordinerade läkemedel, hjälpmedel, träningsinsatser eller särskild kost.

--

Ange ansvarig vårdgivare och om möjligt tidplan.

--

7. Prognos - hur förväntas barnets funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar utvecklas över tid?**8. Övriga upplysningar****9. Underskrift**

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

10. Försättningsblad

32210501