

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

**1. Smittbärarpenning** 

- ☐
- 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
- 
- ☐
- 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 

78040202

☐ 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
- ☐ 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 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

78040302

**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		

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

78040402