



Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Sjukpenning kan betalas ut om patientens arbetsförmåga är nedsatt på grund av sjukdom. Detta intyg används när patienten ska ansöka om sjukpenning efter att läkaren bedömt att arbetsförmågan är nedsatt på grund av sjukdom och att det finns ett sjukskrivningsbehov. I Intyget efterfrågas information som Försäkringskassan behöver i handläggningen av ett sjukpenningärende.

### 1. Smittbärappenning

☐ Förhållningsregler 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 vid fysiskt vårdmöte

☐ Min undersökning vid digitalt vårdmöte

☐ 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

☐ Studier

### 4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

Diagnoskod enligt ICD-10 SE

| | | | |

| | | | |

| | | | |

78040103

## 5. Funktionsnedsättning

Ange vilken/vilka funktionsnedsättningar patienten har till följd av sjukdom och om möjligt svårighetsgrad. Ange även vad din bedömning av funktionsnedsättningar baseras på. Beskriv relevanta undersökningsfynd, testresultat, utredningssvar eller andra uppgifter (exempelvis anamnesuppgifter) och hur du bedömer dem.

## 6. Aktivitetsbegränsning

Beskriv vad du bedömer att patienten har svårt att göra på grund av sin sjukdom. Ange exempel på sådana begränsningar relaterade till de arbetsuppgifter eller annan sysselsättning som du bedömer arbetsförmågan i förhållande till (i fråga 3). Ange om möjligt svårighetsgrad.

## 7. Medicinsk behandling

Här beskriver du pågående och planerade medicinska behandlingar/åtgärder som kan påverka arbetsförmågan. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhets.

## 8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan

|                                      |                               |                               |
|--------------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 100 procent | från och med (år, månad, dag) | till och med (år, månad, dag) |
| <input type="checkbox"/> 75 procent  |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 50 procent  |                               |                               |
| <input type="checkbox"/> 25 procent  |                               |                               |

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att

☐ Patienten skulle kunna arbeta helt eller delvis vid hjälp med transport till och från arbetsplatsen

Kommer möjligheterna till återgång i arbete försämrats om arbetstiden förläggs ojämnt vid deltidssjukskrivning?

☐ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan.

Beskriv de medicinska skälen till att möjligheterna till återgång i arbete kan försämrats

## 9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

☐ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter detta intygs slutdatum.

☐ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter månad/månader.

☐ Patienten förväntas inte kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning.

☐ Prognosen för återgång i nuvarande sysselsättning är svårbedömd.

Om du kryssat i alternativ fyra, beskriv vad som ligger till grund för bedömningen

## 10. Åtgärder som kan främja återgången i arbete

Här kan du beskriva andra åtgärder än åtgärder inom hälso- och sjukvården som skulle kunna främja återgången i arbete. Beskriv gärna hur åtgärderna kan främja återgången i arbete eller annan aktuell sysselsättning.

## 11. Övriga upplysningar

## 12. Kontakt med Försäkringskassan

|  |
|--|
| <input type="checkbox"/> 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                |  |
| Vårdenhetens namn, adress och telefon |                       |                               |  |

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

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

## 14. Försättningsblad

78040503