

**1. Beräknat födelsedatum**

Datum
-------

**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](http://forsakringskassan.se).

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

72100101