

Patientens namn

Personnummer

Skickas till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Om patienten inte är känd ska
han eller hon styrka sin identitet
genom legitimation med foto
(SOSFS 2005:29)

1
<input type="checkbox"/> Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta (fortsätt till fält 8 b)

2 Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos)										
	Minst tre positioner										
3 Aktuellt sjukdomsförlopp											
4 Funktionsnedsättning - observationer, undersökningsfynd och utredningsresultat	<table border="1"><thead><tr><th>Intyget baseras på</th><th>Datum</th></tr></thead><tbody><tr><td><input type="checkbox"/> min undersökning av patienten</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> journaluppgifter</td><td>_____</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)</td><td>_____</td></tr></tbody></table>	Intyget baseras på	Datum	<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	_____	<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	_____	<input type="checkbox"/> journaluppgifter	_____	<input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)	_____
Intyget baseras på	Datum										
<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	_____										
<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	_____										
<input type="checkbox"/> journaluppgifter	_____										
<input type="checkbox"/> annat (ange vad i fält 13)	_____										
5 Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4)											
6 a Rekommendationer											
<input type="checkbox"/> kontakt med Arbetsförmedlingen											
<input type="checkbox"/> kontakt med företagshälsovården											
<input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad) _____											
6 b Planerad eller pågående behandling eller åtgärd											
<input type="checkbox"/> inom sjukvården (ange vilken) _____											
<input type="checkbox"/> annan åtgärd (ange vilken) _____											

7 Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?
☐ Ja ☐ Nej ☐ Går inte att bedöma
8 a Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till
☐ nuvarande arbete - ange aktuella arbetsuppgifter _____

☐ arbetslöshet - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

☐ föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn
8 b Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är
☐ _____ från och med (år, månad, dag) | _____ längst till och med (år, månad, dag)

☐ nedsatt med 1/4 _____ från och med (år, månad, dag) | _____ längst till och med (år, månad, dag)

☐ nedsatt med hälften _____ från och med (år, månad, dag) | _____ längst till och med (år, månad, dag)

☐ nedsatt med 3/4 _____ från och med (år, månad, dag) | _____ längst till och med (år, månad, dag)

☐ helt nedsatt _____ från och med (år, månad, dag) | _____ längst till och med (år, månad, dag)
9 Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför att:**10** Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)
☐ Ja ☐ Ja, delvis ☐ Nej ☐ Går inte att bedöma (Förtydliga i fält 13)
11 Kan resor till och från arbetet med annat färdssätt än normalt göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?
☐ Ja ☐ Nej
12

Kontakt önskas med Försäkringskassan

☐ Ja
13 Övriga upplysningar och förtydliganden**Ovanstående uppgifter och bedömningar bekräftas****14** Datum**16** Läkarens namnteckning**15** Namnförtydligande, mottagningens adress och telefon**17** Förskrivarkod och arbetsplatskod