

Skickas till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 ÖstersundOm 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	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) _____

72631104

7 Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Går inte att bedöma
8 a Patientens arbetsförmåga bedöms i förhållande till		
<input type="checkbox"/> nuvarande arbete - ange aktuella arbetsuppgifter	_____	
<input type="checkbox"/> arbetslöshet - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden		
<input type="checkbox"/> föräldradledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn		
8 b Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är		
<input type="checkbox"/> nedsatt med 1/4	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> nedsatt med hälften	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> nedsatt med 3/4	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja, delvis	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> 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?			
		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

12 Kontakt önskas med Försäkringskassan	<input type="checkbox"/> 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	

72631204