



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)

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

<b>2</b> Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos)
	Minst tre positioner

<b>3</b> Aktuellt sjukdomsförlopp
-----------------------------------

<b>4</b> 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)	_____

<b>5</b> Aktivitetsbegränsning relaterat till diagnos (fält 2) och funktionsnedsättning (fält 4)
--

<b>6 a</b> Rekommendationer
<input type="checkbox"/> kontakt med Arbetsförmedlingen
<input type="checkbox"/> kontakt med företagshälsovården
<input type="checkbox"/> övrigt (ange vad) _____
<b>6 b</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?

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

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

15 Namnförtydligande, mottagningens adress och telefon

16 Läkarens namnteckning

17 Förskrivarkod och arbetsplatskod

72631204