

Använd "Fortsättningsblad läkarutlåtande" (FK 3201) om utrymmet inte räcker.

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

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Personuppgifter

Förnamn och efternamn			Personnummer
Journaluppgifter från och med	Undersökningsdatum	Jag har kännedom om patienten sedan	Identitet styrkt genom: <input type="checkbox"/> personlig kännedom <input type="checkbox"/> identitetshandling
Sysselsättning/arbetsuppgifter	Arbetsgivare		Arbetslös sedan

Uppgifter för Försäkringskassans bedömning

Utlåtandet bör belysa medicinska omständigheter som sätter ned arbetsförmågan vid sjukdom eller medfödd skada.

1	Vilka tidigare sjukdomar kan ha relevans för det nuvarande medicinska tillståndet?				
2	Redogör för det nuvarande medicinska tillståndets förlopp fram till den senaste undersökningen. Ange även den vård och behandling som getts samt resultatet av denna.				
3	Status och objektiva undersökningsfynd på organnivå (funktionsnedsättning).				
4	Ange diagnos eller diagnoser som är orsaken till patientens nedsatta arbetsförmåga. <table border="1" style="width: 100%; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 70%;"></td> <td>Diagnoskod enligt ICD-10 Huvuddiagnos först</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Minst tre positioner</td> </tr> </table>		Diagnoskod enligt ICD-10 Huvuddiagnos först		Minst tre positioner
	Diagnoskod enligt ICD-10 Huvuddiagnos först				
	Minst tre positioner				

5 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå (aktivitetsbegränsning)?

6 Återge kort hur patienten själv beskriver sina arbetshinder och återstående resurser.

7 Vilka insatser har gjorts för att kompensera patientens aktivitetsbegränsning? Finns det några andra planerade insatser som kan bidra till en ökad arbetsförmåga, till exempel träning, hjälpmedel eller annan rehabilitering? Ange i så fall tidsplan. Behövs en mer riktad bedömning av arbetsförmågan?

8 Finns det några andra faktorer som påverkar patientens möjligheter att arbeta?

9 Sammanfatta det medicinska tillståndet. Hur påverkar patientens hinder och resurser möjligheterna att arbeta? Finns det några begränsningar för vissa arbetsuppgifter?

10 Hur förväntas arbetsförmågan utvecklas på sikt? Ange i så fall när en förändring kan inträffa och på vilket sätt. Ange om prognosen skiljer sig för olika diagnoser?

11 Övriga upplysningar, till exempel önskemål om avstämningsmöte.

12. Handikappersättning

Uppgifter för bedömning av eventuell rätt till handikappersättning.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sin egna personliga vård (hygien, toalettbesök med mera)? Ange i så fall på vilket sätt.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sina dagliga sysslor som till exempel städning, tvätt och inhandling av varor? Ange i så fall på vilket sätt.

Har sjukdomen eller funktionshindret medfört att patienten kan få betydande merutgifter för specialkost, hjälpmedel, förbrukningsmaterial som salvor och omlägningsmaterial eller något annat? Ange i så fall vad.

Underskrift

Läkarutlåtandet är utfärdat på begäran av :

Försäkringskassan Arbetsförmedlingen

Fortsättningsblad FK 3201 har använts.

Datum

Läkarens namnteckning. Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

Namnförtydligande, tjänsteställning

Förskrivarkod och arbetsplatskod

Vårdgivare

Namn Personnummer/organisationsnummer

Adress

Postnummer och ort

Plusgironummer - endast privat vårdgivare

Bankgironummer - endast privat vårdgivare

Begärt arvode - endast privat vårdgivare F-skattsedel A-skattsedel - endast privat vårdgivare

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".