



Skickas till  
Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

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

### Läkarintyg enligt 3 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring

Du kan även använda blanketten för avstängning enligt smittskyddslagen (SmL)

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

### Medicinsk bedömning

Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden

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

3	Anamnes för aktuell sjukdom
---	-----------------------------

4	Status och objektiva undersökningsfynd på organsnivå (funktionsnedsättning)	Jag baserar uppgifterna 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 punkt 13)	_____

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

6	Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas
<input type="checkbox"/>	Given ordination (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/>	Fortsatt poliklinisk kontakt
<input type="checkbox"/>	Undvika viss belastning (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/>	Besöka arbetsplatsen
<input type="checkbox"/>	Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/>	Väntar på annan åtgärd (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/>	Övrigt (ange vad) _____

72631102

7 Är arbetslivsinriktad rehabilitering aktuell?

Ja  Nej  Går inte att bedöma  Patienten behöver få kontakt med företagshälsovård

8 Jag bedömer patientens arbetsförmåga i förhållande till

nuvarande arbete - **ange alltid arbetsuppgifter** \_\_\_\_\_

arbetslöshet - att söka och kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn

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

9 Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är 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 (motivera i punkt 13)

11 Kan resor till och från arbetet med annat färdssätt än det patienten normalt använder göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?

Ja  Nej

12

Jag vill ha kontakt med Försäkringskassan

Ja  Nej

13 Övriga upplysningar

### Underskrift

14 Datum

16 Läkarens namnteckning

15 Namnförtydligande, mottagningens adress, telefon  
(om du inte har angett detta längst upp på blanketten)

17 Förskrivarkod och arbetsplatskod