



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

