

DETALJERAT LÄKARUTLÅTANDE

Artiklarna 39-43a och artikel 87 i förordning 1408/71

1.1 Institution till vilken utlåtandet ställs

1.1.1	Namn	_____
1.1.2	Adress ⁽²⁾	_____ _____ _____
1.1.3	Referens	_____ _____

1.2 Undersökt person

1.2.1	Efternamn ⁽²⁾	_____		
1.2.2	Alla förnamn	Tidigare efternamn ⁽³⁾	Födelseort ⁽⁴⁾	
1.2.3	Födelsedatum	Kön	Medborgare i	D.N.I. ⁽⁵⁾
1.2.4	Adress ⁽²⁾	_____		
1.2.5	Senast utövat yrke ⁽⁶⁾	_____		
1.2.6	<input type="checkbox"/> Försäkringsnummer	_____		
1.2.7	<input type="checkbox"/> Pensionsnummer	_____		
1.2.8	Diarienummer	_____		
1.2.9	Datum för ansökan om pension	_____		
1.2.10	Datum för begäran om ny prövning på grund av försämring	_____		

1.3 Läkare som utfärdat utlåtandet

1.3.1	Efternamn	_____	Förnamn	_____
1.3.2	Adress ⁽²⁾	_____ _____		
1.3.3	Undersökande läkare för ⁽⁷⁾	_____		

1.4 Institution som begärt undersökningen

1.4.1	Namn	_____		
1.4.2	Adress ⁽²⁾	_____		Tel
		_____		Fax
1.4.3	Ärendets diarienummer	_____		
1.4.4	Stämpel	1.4.5	Datum	_____
		1.4.6	Underskrift	_____

Efternamn, förnamn:

Datum:

2.1 Bedömning baserad på egen undersökning av

(datum)

2.2 Bedömning baserad på läkarutlåtande av

(datum)

3 Patientens bakgrund

3.1 Medicinsk anamnes

3.2 Nuvarande huvudsakliga besvär

3.2.1 Patientens nuvarande läkare

3.3 Nuvarande behandling

3.4 Social historik och anställningshistorik ⁽⁶⁾

3.4.1 Är den försäkrade personen förvärvsarbetande?

Ja Nej Antalet arbetade timmar _____
Typ av nuvarande anställning _____

3.4.2 Olycksfall i arbetet/Arbetssjukdomar

3.4.3 Typ av senaste anställning

3.4.4 Arbetsoförmögen sedan _____

Arbetet upphörde den _____

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

4 Observationer

4.1 Allmäntillstånd

Längd _____ cm Vikt _____ kg

Näringsstatus god överviktig underviktig

Slemhinnor _____

Hud _____

Mental status, sinnesstämning _____

Kommentarer _____

4.2 Huvud

4.2.1 Syn _____

4.2.2 Hörsel _____

4.2.3 Andra sinnesorgan _____

4.3 Hals (yttre observationer)

4.3.1 Undersökning av sköldkörteln _____

4.3.2 Lymfkörtlar _____

4.3.3 Annat _____

4.4 Andningsorganen _____

4.5 Cirkulationsorganen

4.5.1 Hjärta _____

4.5.2 Puls _____

4.5.3 Blodtryck (i vilotillstånd) _____

4.5.4 Blodtryck (andra mätningen) _____

4.5.5 Perifera blodkärl _____

4.5.6 Ödem _____

4.5.7 EKG (i vilotillstånd) _____

4.6 Abdomen _____

4.6.1 Matspjälkningsorganen och förenade intra-abdominala organ _____

4.6.2 Lever _____

4.6.3 Mjälte _____

4.6.4 Det endokrina systemet _____

4.7 Det uro-genitala systemet _____

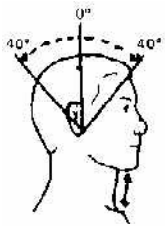
Efternamn, förnamn:

Datum:

Tilläggsblad för undersökningsmetod där rörelseutslaget beräknas från ett neutralläge

4. Mätningar av rörelseapparaten enligt undersökningsmetod där rörelseutslaget beräknas från ett neutralläge

Uppge endast patologiska observationer eller de normala observationer som skall anges

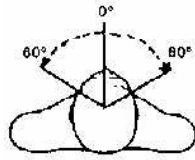


Extension/Flexion
40-0-40°

°
_____ cm

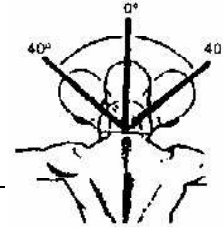
Avstånd mellan haka och bröstben

Ryggrad



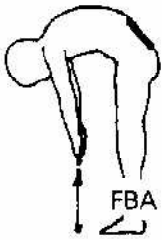
Rotation H/V
60-0-60°

°
_____ cm



Lateral inklinasjon H/V
40-0-40°

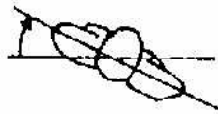
°
_____ cm



Test av längdryggens rörlighet
8-10-15 cm

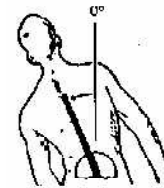
-10- _____ cm
_____ cm

FBA



Rotation H/V
50-0-50°

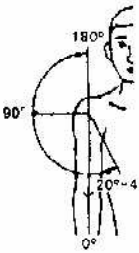
°
_____ cm



Lateral inklinasjon H/V
30-0-30°

°
_____ cm

Axelled



Abduktion/Adduktion
180-0-40°

H _____ °
V _____ °

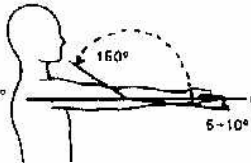
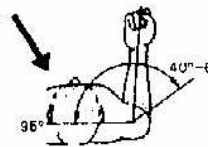


Bakåt/Framåt
40-0-160°

H _____ °
V _____ °

Höftled

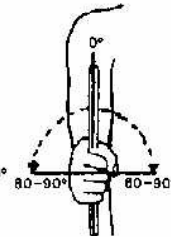
Rotation utåt/inåt
50-0-95°



Extension/Flexion
10-0-150°

H _____ °
V _____ °

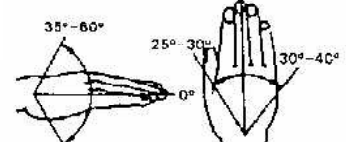
Armbågsled



Supination/Pronation
85-0-85°

H _____ °
V _____ °

Knäled



Extension/Flexion
50-0-50°

H _____ °
V _____ °

Abduktion/Adduktion
35-0-25°

H _____ °
V _____ °

Fotled

Extension/Flexion
10-0-130°

H _____ °
V _____ °

Abduktion/Adduktion
50-0-25°

H _____ °
V _____ °

Rotation utåt/inåt
35-0-45°

H _____ °
V _____ °

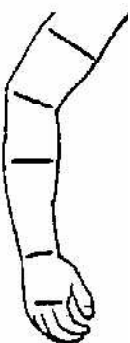
Extension/Flexion
5-0-150°

H _____ °
V _____ °

Extension/Flexion
40-0-25°

H _____ °
V _____ °

E213_001 Fastställd av REV F (001)



Omkrets i cm

Överarm (15 cm ovanför laterala epic.)
Armbågsled

Underarm (10 cm nedanför laterala epic.)
Handled

Mellanhanden (ej medräknat tummen)

	H	V
Överarm		
Armbågsled		
Underarm		
Handled		
Mellanhanden		



Omkrets i cm

Lår (20 cm ovanför mediala ledspringan i knät)
Knäskålmitt

Underben (15 cm nedanför mediala ledspringan)
Underben (minsta omkrets)

Ankel

	H	V
Lår		
Knäskålmitt		
Underben		
Underben (minsta omkrets)		
Ankel		

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

4.8 Rörelseapparaten (vid behov används undersökningsmetoden där rörelseutslaget beräknas från ett neutralläge, sid 4)

4.8.1 Rygggrad

4.8.2 Övre extremiteter

4.8.3 Nedre extremiteter

4.9 Lymfkörtlarnas tillstånd

4.10 Neurologiska observationer

Rörelse (styrka och tonus):

utan anmärkning

stel

långsam

försvagad

Gång:

utan anmärkning

klumpig

försämrad på höger

försämrad på vänster

Reflexer

4.11 Psykoautonoma symptom

4.12 Annat (allergier osv)

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

5 Funktionstest och andra test (vid behov)

5.1 Lungfunktion

5.2 Hjärtfunktion/arbets-EKG

5.3 Ultraljudsundersökning (Doppler) (Hjärta och kärl)

5.4 Bildundersökningar (ange datum)

5.4.1 Observationer i röntgenundersökning utförd idag

5.4.2 Tidigare observationer/röntgenundersökning genomförd på annat håll

5.4.3 Ultraljudsundersökning (abdomen och annat)

5.4.4 MRT och särskilda undersökningar

5.5 Laboratorieresultat

5.6 Andra test

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

6 Tillägsblad för ytterligare specialistobservationer (skall bara ifyllas när det är relevant)

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

7 Diagnos

(Diagnosnummer rekommenderas)

8 Sammanfattning

Sjukdomens förlopp

Hälsoskador

Funktionella nedsättningar

Jämfört med tidigare utlåtande (den _____):

förbättring

försämring

ingen förändring

9 Den försäkrade kan fortfarande regelbundet utföra följande typer av arbete:

tungt

medeltungt

lättare

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

10 Följande begränsningar bör tas hänsyn till:

10.1 Arbete kan endast utföras om det inte förekommer:

- | | | | |
|--|--------------------------|------------------|--------------------------|
| Fukt | <input type="checkbox"/> | Kyla | <input type="checkbox"/> |
| Hetta | <input type="checkbox"/> | Buller | <input type="checkbox"/> |
| Rök, gaser, ångor | <input type="checkbox"/> | | |
| Skiftarbete | <input type="checkbox"/> | Nattskiftsarbete | <input type="checkbox"/> |
| Att arbetstagaren ofta måste böja sig, lyfta, bära föremål | <input type="checkbox"/> | | |
| Gående på ramper, klättrande i stegar eller gående i trappor | <input type="checkbox"/> | Risk för fall | <input type="checkbox"/> |

10.2 Arbetet kan endast utföras under följande förhållanden:

- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--|--------------------------|
| Endast i sittande ställning | <input type="checkbox"/> | Endast med extra raster | <input type="checkbox"/> |
| Endast inomhus | <input type="checkbox"/> | (förutom ordinarie raster)
antal raster och rasterens längd | |
| Arbete där kroppsställningen varierar | <input type="checkbox"/> | Arbete som innebär omväxling mellan
gående, stående, sittande | <input type="checkbox"/> |
| Endast arbete utan särskild tidspress | <input type="checkbox"/> | | |

10.3 Arbetsinsatsen är nedsatt eftersom den försäkrade har nedsatt funktion i sinnesorgan, händer osv
är allergisk mot _____

11 Tillägsfrågor

11.1 Kan den försäkrade utföra arbete framför bildskärm?

- Ja Nej
Om inte, ange skälet till detta _____

11.2 Kan den försäkrade arbeta utan stöd av någon annan person på arbetsplatsen?

- Ja Nej
Om inte, ange skälet till detta _____

11.3 Kan den försäkrade arbeta utan stöd av någon annan person hemma?

- Ja Nej
Om inte, ange skälet till detta _____

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

11.4 Kan den försäkrade arbeta heltid inom sin senaste yrkesverksamhet som _____

Ja Nej

Om inte, ange den maximala arbetstiden (i timmar eller procent av en arbetsdag)

11.5 Kan anpassat arbete utföras?

Ja Nej

Om "Ja", ange några exempel på anpassat arbete

11.6 Kan anpassat arbete utföras på heltid?

Ja Nej

Om inte, ange den maximala arbetstiden (i timmar eller procent av en dag)

11.7 Invaliditeten för den senaste yrkesverksamheten är, i enlighet med lagstiftningen i bosättningslandet

total partiell

Om den är partiell, ange graden (Gäller inte Tyskland och Nederländerna)

11.8 Invaliditetsgrad för annat arbete med hänsyn till den berörda personens fallenhet, i enlighet med lagstiftningen i bosättningslandet (Gäller inte Tyskland, Irland, Luxemburg och Nederländerna)

11.9 Invaliditetskategori enligt lagstiftningen i bosättningslandet (Ifylls endast om läkarundersökningen genomförts med tanke på beslutet vid ansökan om invalidpension) (Gäller inte Tyskland och Nederländerna)

11.10 De fastställda begränsningarna

a) har varit bestående sedan _____

b) är tillfälliga fr o m _____ t o m _____

11.11 Skulle det vara möjligt att förbättra det nuvarande hälsotillståndet?

Ja Nej Inte möjligt att besvara

Om "Ja", ange åtgärderna

Efternamn, förnamn:

Datum:

E 213

11.12 Är det möjligt att förbättra arbetsförmågan genom

medicinsk träning

yrkesutbildning

Ja

Nej

Inte möjligt att besvara

12 Är en uppföljningsundersökning nödvändig?

Ja

Nej

Om "Ja", ange när

Läkarens underskrift	Stämpel

ANVISNINGAR

Texta. Blanketten består av 12 sidor, av vilka ingen får utelämnas.

FÖRKLARINGAR

- * I enlighet med bilaga 6 om social trygghet som bifogats Avtalet om Europeiska ekonomiska samarbetsområdet skall denna blankett även gälla för Island, Liechtenstein och Norge.
- (1) Nationalitetsbeteckning för landet där blanketten ifylls: B = Belgien, DK = Danmark, D = Tyskland, GR = Grekland, E = Spanien, F = Frankrike, IRL = Irland, I = Italien, L = Luxemburg, NL = Nederländerna, A = Österrike, P = Portugal, FIN = Finland, S = Sverige, UK = Förenade kungariket, IS = Island, FL = Liechtenstein, N = Norge.
- (2) Gata, nummer, postnummer, ort, land, telefonnummer.
- (3) För medborgare i Spanien anges båda efternamnen.
För medborgare i Portugal anges alla namn (alla förnamn, efternamn, namn som ogift) såsom de anges på identitetskortet eller i passet i ordningsföljd för civilståndet.
- (4) För portugisiska distrikt anges även församling och den lokala myndigheten.
- (5) För medborgare i Spanien anges numret på det nationella identitetskortet (D.N.I), även om kortets giltighetstid har gått ut. I annat fall skriv "Saknas".
- (6) Ange så långt det är möjligt den försäkrades tidigare yrkesverksamhet. Detta anges enligt uppgift från den berörda personen. Vid behov, lägg till extra sidor.
- (7) Gäller inte Norge.

YTTERLIGARE UPPGIFTER FÖR INSTITUTIONER I NEDERLÄNDERNA

Frågor	Svar					
	Kan den försäkrade	Nej	Enstaka gånger	Ibland	Regelbundet	Utan begränsning
1. sitta						
2. stå						
3. gå						
4. knäböja/krypa/inta hukande ställning						
5. arbeta med böjd rygg						
6. böja sig eller vända sig tvärt upprepade gånger						
7. använda nacken						
8. hålla armarna utsträckta						
9. hålla armarna uppsträckta						
10. använda sina händer/fingrar						
11. lyfta och bära maximalt....kg						
12. arbeta under följande förhållanden:						
- utsättas för plötsliga temperaturväxlingar						
- utstå hög luftfuktighet (> 90 %)						
- utstå låg luftfuktighet (< 35 %)						
- utstå lkraftiga växlingar i klimatet						
13. utstå intensiv (hud)kontakt med fasta och flytande ämnen						
14. utstå vibrationer						
15. bära skyddsutrustning						
16. upprätthålla en krävande arbetstakt						
17. utstå att vara sysslös						
18. hantera motstridiga krav som följer av hans/hennes funktioner						
19. hantera konflikter						
20. utföra monotont arbete						
21. utföra periodiskt, upprepat arbete						
22. bära ansvar						
23. arbeta ensam						
23. arbeta tillsammans med andra						

TILLÄGGSBLAD FÖR INSTITUTIONER I FÖRENADE KUNGARIKET

A. Ifylls alltid

1. Namn- och adressuppgifter för den läkare som behandlar den person som anges under punkt 1.2

B. Ifylls då personen lider av mentala hälsoproblem

2. Kryssa i rutorna nedan om personen lider av någon av följande sjukdomar eller invalidiserande tillstånd

- psykiatrisk sjukdom (om ja, (precisera) _____)
- betydande grad av personlighetsstörning
- allvarlig form av inlärningshandikapp
- missbruk av alkohol eller annat ämne
- försämring av hjärnfunktion till följd av organisk sjukdom eller traumatisk hjärnskada

Om någon ruta under punkt 2 är förkryssad, besvara frågorna 3 t o m 7:

3. Har personen uppvisat paranoida drag, vanföreställningar, hallucinationer, eller andra tydligt psykotiska symptom/beteenden någon gång under de senaste 6 månaderna?

Ja Nej

4. Får personen neuroleptiska läkemedel eller läkemedel som påverkar sinnesstämningen som kan ges oralt eller som depåbehandling (injektionsbehandling under lång tid)?

Ja Nej

5. Behöver personen ständig omvårdnad eller övervakning på grund av följderna av de(t) tillstånd som kryssats för under punkt 2 ovan?

Ja Nej

Om "Ja", vårdas personen i hemmiljö eller vid serviceinrättning?

Hemmiljö Serviceinrättning

6. Besöker personen något omvårdnadscentrum under dagen (där det finns ständig tillgång till kvalificerad sjukvård) minst en gång i veckan?

Ja Nej

7. Konsulterande psykiaters namn och adress

8. Bifoga kommentarer som kan hjälpa till att fastställa hur allvariga personens mentala hälsoproblem är, även om ingen av rutorna under punkt 2 har kryssats för

TILLÄGGSBLAD FÖR INSTITUTIONER I NORGE

1. Om det finns andra orsaker till arbetsförmågan än sjukdom, beskriv dessa kortfattat och ange i vilken grad de bidrar till arbetsförmågan

2. Under den period som omedelbart föregick det nuvarande handikappet har patienten delvis varit sysselsatt med hemarbete och delvis varit anställd/egenföretagare?

Ja Nej

3. Har patienten på grund av sjukdomen varaktigt extra utgifter för transport, kosthållning osv, som inte helt eller delvis täcks av någon social trygghetsförsäkring?

Ja Nej

Om "Ja", ange de extra utgifternas storlek och av vilket slag de är
