



# Försäkringskassan

Inrättning, klinik/mottagning (namn, adress, telefonnummer)

## Intyg för tillfällig föräldrapenning

Barnets efternamn och förnamn

Förälderns personnummer

Barnets personnummer

### Diagnos

Diagnos eller symtom (ändring i diagnos anges)

På grund av angiven sjukdom/smita bör barnet inte vårdas i ordinarie tillsynsform

fr o m		t o m		helt/tre fjärdedels/ halvt/fjärdedels/ åttondels	Intygsdatum			Läkarens/Sjuksköterskans bestyrkande: namnteckning kompletterad med namn och mottagningsort i stämpel eller annan klartext			
månad	dag	månad	dag		år	mån	dag				
Anmodad återkomma den											

Glöm inte att göra anmälan till Försäkringskassan vid vård av sjukt barn