

\* Vid ögonsjukdom bör blanketten "FKF 3210" användas  
Vid ansökan om bilstöd bör blanketten "FKF 3222" användas

Om patienten inte är känd skall identiteten styrkas genom legitimationshandling med foto (SOSFS 1981:25)

|                            |                               |                                  |  |
|----------------------------|-------------------------------|----------------------------------|--|
| 1 Efternamn och förnamn    |                               | 2 Personnummer                   |  |
| 3 Journaluppgifter fr.o.m. | 4 Senaste undersökning, datum | 5 Patient hos undertecknad sedan |  |
| 6 Yrke/sysselsättning      | 7 Arbetsgivare                | 8 Arbetslös sedan                |  |

**Medicinsk bedömning**

Utlåtandet bör belysa omständigheter, som sätter ned den fysiska och/eller psykiska prestationsförmågan.

Fortsättningsblad (FKF 3201) kan användas om utrymmena på blanketten inte räcker till.

|   |
|---|
| 9 Tidigare sjukdomar med relevans för nuvarande medicinska tillstånd  |
| 10 Redogörelse för den aktuella sjukdomens början (tidpunkt) och förlopp samt den hälso- och sjukvård som hittills givits             |
| 11 Redogörelse för patientens beskrivning av sin nedsatta funktionsförmåga  |
| 12 Objektiva, relevanta undersökningsfynd, fysiska och/eller psykiska, överensstämmelse med ev diagnoskriterier                       |
| 13 Svensk och latinsk diagnos och nomenklaturnummer enligt internationell klassifikation av sjukdomar, ICD 10, (huvuddiagnosen först) |

**V g vänd!**
**Försäkringskassans anteckningar**

|                    |    |       |      |              |
|--------------------|----|-------|------|--------------|
| Intyget ersatt med | kr | datum | sign | Ankomstdatum |
|--------------------|----|-------|------|--------------|

Personnummer

14 Sammanfattning av det medicinska tillståndet samt av hur det påverkar funktionsförmågan fysiskt och/eller psykiskt  
Föreligger hinder för vissa arbetsuppgifter med hänsyn till fysisk och/eller psykisk förmåga?

15 - Kan det förväntas att det medicinska tillståndet förbättras eller att funktionsförmågan kan återställas?  
- Vilka åtgärder skulle behövas? Vad är planerat? Vilken/vilka remisser har utfärdats?  
- Finns behov av mer ingående funktionsbedömning och i så fall vad?

16 Uppgift om hur länge nuvarande funktionsnedsättning bedöms föreligga

17 Kompletterande information, t.ex. andra faktorer som påverkar patientens förmåga att återgå till sina vanliga arbetsuppgifter eller kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

18 Uppgifter för bedömning av rätt till HANDIKAPPERSÄTTNING  
Lämna en så utförlig beskrivning som möjligt av den undersöktes ev nedsatta funktionsförmåga\* med avseende på behov av mera tidskrävande hjälp av annan eller betydande merutgifter i den dagliga livsföringen (t.ex. behov av dietkost eller annan specialkost, behov av särskilt hjälpmedel eller fortlöpande hjälp av annan för att kunna förvärvsarbeta eller studera)

\* Ett villkor för rätt till handikappersättning är att funktionshindret uppstått före 65 års ålder. Förändring av försäkrads funktionsförmåga efter denna tidpunkt kan inte grunda rätt till handikappersättning.

### Betalningsmottagare

|   |
|---|
| Namn  |
| Personnummer/organisationsnummer  |
| Adress  |
| Postgironummer  |
| Bankgironummer  |
| Begärt arvode   |
| <input type="checkbox"/> F-skattsedel <input type="checkbox"/> A-skattsedel |

### Underskrift

|  |
|--|
| 19 Läkarutlåtandet utfärdat på begäran av<br><input type="checkbox"/> försäkringskassan <input type="checkbox"/> länsarbetsnämnden<br>  vilken<br><input type="checkbox"/> annan |
| 20<br><input type="checkbox"/> Fortsättningsblad "FKF 3201" har använts  |
| 21 Ort och datum   |
| 22 Läkarens underskrift (namnteckning jämte klartext), tjänsteställning, adress och telefonnummer (även riktnr)  |