

1 Efternamn och förnamn	2 Personnummer
3 Undertecknad har haft kännedom om patienten sedan	4 Datum för första läkarbesök med anledning av skada/sjukdom

ANAMNES

5 Tidigare sjukdomar av betydelse för aktuell skada/sjukdom?

SKADA/SJKDOM

6 Undersökningsstatus med relevanta fynd, fysiska och/eller psykiska. Ange kompletterade undersökningar som stödjer diagnosen.

7 Redogörelse för patientens beskrivning av sina arbetshinder med anledning av skada/sjukdom

PROGNOS

8 Är patienten i behov av rehabiliteringsåtgärder? Ja Nej | om ja, ange vilka åtgärder och syfte

9

Är förmågan att skaffa inkomst genom arbete nedsatt minst ett år? Ja Nej

Är förmågan att skaffa inkomst genom arbete varaktigt nedsatt? Ja Nej

Om svaret på någon av frågorna är ja, ange vid vilken tidpunkt de konstaterades

DIAGNOS

10 Svensk och latinsk diagnos

Diagnoskod enl ICD 10 (huvuddiagnos)
minst tre positioner

11 Vilken eller vilka faktorer i patientens arbete kan ha orsakat skadan/sjukdomen?

12 Vilket stöd finns inom medicinsk eller annan vetenskap för att ovan nämnda faktorer i arbetet kan ge upphov till sådan skada eller sjukdom som patienten har? Ange källor!

13 Ange vad som talar *för* och vad som talar *mot* att skadan/sjukdomen har orsakats av olycksfall eller skadliga faktorer i arbetet

14 Vilka andra faktorer än arbetet kan ha orsakat eller bidragit till att skadan/sjukdomen har uppstått?

15 Bedömningen grundar sig på

Egen kännedom om patientens arbete
 Försäkringskassans utredning
 Patientens beskrivning

SÄRSKILDA UPPLYSNINGAR

16 Övriga upplysningar som kan vara av betydelse för försäkringskassans bedömning

UTBETALNING

Önskar ersättning med _____ kronor

| betalningsmottagare

UNDERSKRIFT

(Datum) (Namnteckning)

Dina uppgifter kommer att behandlas i Försäkringskassans datasystem. Mer information finns bland annat i vår broschyr "Socialförsäkringsregister".

Försäkringskassans anteckningar

Intyget ersatt med kr _____ datum _____ sign _____ ankomstdatum _____