



---

### Läkarintyg enligt 3 kap. 8§ lagen om allmän försäkring.

Du kan även använda blanketten för avstängning enligt smittskyddslagen (SmL)

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

1

Avstängning enligt SmL på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)

### Medicinsk bedömning

Vid bedömningen ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

2 Diagnos/-er eller symtom till grund för den nedsatta förmågan/aktivitetsbegränsningen

Diagnoskod enl ICD 10  
(huvuddiagnos)

minst tre positioner

--	--	--	--	--

3 Anamnes (aktuell sjukdom)

4 Status, objektiva undersökningsfynd

Uppgifterna baserade på datum

Personlig kontakt \_\_\_\_\_

Telefonkontakt \_\_\_\_\_

Journaluppgifter \_\_\_\_\_

Annat (ange vad under punkt 13) \_\_\_\_\_

5 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet?

6 Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas

Följa given ordination (ange vilken) \_\_\_\_\_

Fortsatt poliklinisk kontakt

Undvika viss belastning (ange vilken) \_\_\_\_\_

Besöka arbetsplatsen

Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken) \_\_\_\_\_

Väntar på annan åtgärd (ange vilken) \_\_\_\_\_

Övrigt (ange vad) \_\_\_\_\_

72631101

RFV 7263 Formulär fastställt av RFV i samråd med Socialstyrelsen 03.06



7 Är arbetslivsriktad rehabilitering aktuell?

Ja  Nej  Kan inte bedömas för närvarande  Behov av kontakt med företagshälsovård

8 Medicinsk bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga

att utföra sina vanliga arbetsuppgifter (ange arbetsuppgifternas art): \_\_\_\_\_

om patienten är arbetslös; att söka/kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden

om patienten är föräldraledig med föräldrapenning; att vårda sitt barn

Arbetsförmågan bedöms \_\_\_\_\_

delvis nedsatt med 1/4

fr.o.m. (år, mån, dag)

längst t.o.m. (år, mån, dag)

delvis nedsatt med 1/2

fr.o.m. (år, mån, dag)

längst t.o.m. (år, mån, dag)

delvis nedsatt med 3/4

fr.o.m. (år, mån, dag)

längst t.o.m. (år, mån, dag)

helt nedsatt \_\_\_\_\_

**(om helt nedsatt, besvara frågorna nedan)**

- Kan deltid vara olämplig av psykosociala skäl?

Ja

Nej

- Kan anpassade arbetsuppgifter möjliggöra sysselsättning på deltid/heltid?

Ja

Nej

- Kan deltid vara skadlig för sjukdomens förlopp?

Ja

Nej

- Kan deltid i nuvarande sysselsättning vara möjlig med hänsyn till symtom?

Ja

Nej

- Kan deltid förbättra prognosen för återgång i arbete?

Ja

Nej

- Kan deltidsarbete på annat sätt vara skadligt?

Ja

Nej

9 Prognos - bedöms patienten kunna få tillbaka sin förmåga till arbete/aktivitet?

Ja, helt

Ja, delvis

Nej

10 Kan resor till och från arbetet med annat färdmedel än det patienten normalt använder göra det möjligt att återgå i arbete?

Ja

Nej

11

Önskar kontakt med Försäkringskassan

Ja

Nej

12

Önskar avstämningsmöte

Ja

Nej

13 Övriga upplysningar

72631201

RFV 7263 Formulär fastställt av RFV i samråd med Socialstyrelsen 03.06

**Underskrift**

14 Datum (år, mån, dag)

16 Namn, mottagningens adress, telefonnummer (även riktnr) i klartext (om ej ovan)

15 Läkarens namnteckning