



# Försäkringskassan

OBS! Se informationen på sidan två

Läkarens namn, tjänsteställe, adress, telefonnummer (även riktnr)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

## LÄKARUTLÅTANDE - förebyggande behandling - medicinsk behandling, - medicinsk rehabilitering <sup>1 (2)</sup>

Patientens personnummer (år, mån, dag, nr)

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

Efternamn, tilltalsnamn, adress och telefonnummer (även riktnr)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

### ARBETSUPPGIFTER OCH ARBETSGIVARE

Arbetsuppgifter

|  |
|--|
|  |
|  |

Arbetsgivare

|  |
|--|
|  |
|--|

### OMSTÄNDIGHETER SOM MOTIVERAR DEN FÖREBYGGANDE BEHANDLINGEN/MEDICINSKA BEHANDLINGEN/MEDICINSKA REHABILITERINGEN

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Behövs åtgärder på arbetsplatsen för att förhindra eller häva arbetsförmåga?

vilka

Ja

Nej

### PLAN FÖR BEHANDLING/REHABILITERING

Vad består behandlingen/rehabiliteringen av? Hur är den upplagd? Vem ger behandlingen/rehabiliteringen? Är det en beprövad metod som visat sig ha bestående positiva effekter?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

Vad är syftet med behandlingen

|   |        |       |  |                                   |
|---|--------|-------|--|-----------------------------------|
| Behandlingen/rehabiliteringen skall pågå  | fr o m | t o m | Behandlingens/rehabiliteringens omfattning | Antal behandlingstillfällen       |
| Har patienten fått den rekommenderade eller liknade behandling/rehabilitering tidigare? |        |       | Antal gånger per vecka                     | timmar per dag (anges om möjligt) |
| <input type="checkbox"/> Ja   |        |       |  |                                   |
| <input type="checkbox"/> Nej  |        |       |  |                                   |

Hade den tidigare behandlingen/rehabiliteringen god effekt? Om inte, varför?

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

Tid för återbesök för att följa upp behandlingens/rehabiliteringens effekter och för att diskutera patientens fortsatta träning eller behandling på egen hand

år    mån    dag

Underskrift

Behandlingsplanen godkänns av försäkringskassan

(Datum)

(Läkarens namnteckning)

(Datum)

(Handläggarens namnteckning)

## **SJUKPENNING VID MEDICINSK BEHANDLING I FÖREBYGGANDE SYFTE ELLER MEDICINSK REHABILITERING (3 kap 7b lagen om allmän försäkring)**

Sjukpenning kan betalas ut till den som genomgår en medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering som syftar till att förebygga sjukdom eller att förkorta sjukdomstid eller att helt eller delvis förebygga eller häva nedsättning av arbetsförmåga på grund av sjukdom.

Som villkor för rätt till sjukpenning gäller att behandlingen/rehabiliteringen ordinerats av läkare och ingår i en av försäkringskassan godkänd plan. Enstaka besök berättigar inte till ersättning.

Rätt till sjukpenning vid förebyggande medicinsk behandling eller medicinsk rehabilitering har den som på grund av behandlingen eller rehabiliteringen är förhindrad att förvärsa-beta. Även arbetslösa personer omfattas av denna rätt eftersom behandlingen/rehabiliteringen förhindrar honom att ta erbjudet arbete under tid behandlingen/rehabiliteringen pågår.

När det gäller förebyggande medicinsk behandling ska läkare ha konstaterat att det föreligger förhöjd sjukdomsrisk och att sjukdomen som befaras uppkomma kan leda till nedsättning av arbetsförmågan.