



Skickas till  
Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Om du inte känner patienten ska  
hon eller han styrka sin identitet  
genom legitimation med foto  
(SOSFS 2005:29)

### Läkarintyg enligt 3 kap. 8 § lagen (1962:381) om allmän försäkring

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

<b>1</b>
<input type="checkbox"/> Avstängning enligt SmL på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)

### Medicinsk bedömning

Vid bedömningen av om sjukdom föreligger ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden

<b>2</b> Diagnos/diagnoser för sjukdom/symtom som orsakar nedsatt arbetsförmåga	Diagnoskod enligt ICD-10 (Huvuddiagnos)
	Minst tre positioner

<b>3</b> Anamnes för aktuell sjukdom
--------------------------------------

<b>4</b> Status och objektiva undersökningsfynd på organsnivå (funktionsnedsättning)	Jag baserar uppgifterna på	Datum
	<input type="checkbox"/> min undersökning av patienten	_____
	<input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten	_____
	<input type="checkbox"/> journaluppgifter	_____
	<input type="checkbox"/> annat (ange vad i punkt 13)	_____

<b>5</b> Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå? (aktivitetsbegränsning)
---

Här ska läkaren tydligt beskriva på vilket sätt sjukdomen begränsar patientens förmåga/aktivitet. Det är funktionsnedsättningens konsekvenser på individnivå som ska beskrivas.

<b>6</b> Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan ska kunna återställas
<input type="checkbox"/> Given ordination (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Fortsatt poliklinisk kontakt
<input type="checkbox"/> Undvika viss belastning (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Besöka arbetsplatsen
<input type="checkbox"/> Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Väntar på annan åtgärd (ange vilken) _____
<input type="checkbox"/> Övrigt (ange vad) _____

72631102

**7** Är arbetslivsriktad rehabilitering aktuell?

Ja  Nej  Går inte att bedöma  Patienten behöver få kontakt med företagshälsovård

**8** Jag bedömer patientens arbetsförmåga i förhållande till

nuvarande arbete - **ange alltid arbetsuppgifter** \_\_\_\_\_

arbetslöshet - att söka och kunna utföra arbete som är normalt förekommande på \_\_\_\_\_

föräldraledighet med föräldrapenning - att vårda sitt barn \_\_\_\_\_

Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är

<input type="checkbox"/> nedsatt med 1/4	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> nedsatt med hälften	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> nedsatt med 3/4	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> helt nedsatt	från och med (år, månad, dag)	längst till och med (år, månad, dag)

Här ska läkaren ange i förhållande till vad som nedsättningen av patientens arbetsförmåga är bedömd, exempelvis nuvarande arbete, föräldraledighet. De sex frågor som tidigare skulle besvaras vid hel sjukskrivning har tagits bort.

**9** Jag bedömer att patientens arbetsförmåga är nedsatt längre tid än den som det försäkringsmedicinska beslutsstödet anger, därför a \_\_\_\_\_ tt:

Om den sjukskrivningstid som Socialstyrelsen rekommenderar i det försäkringsmedicinska beslutsstödet överskrids ska läkaren skriva sin motivering här. Detta fält är helt nytt och är en direkt anpassning till beslutsstödet.

**10** Prognos - kommer patienten att få tillbaka sin arbetsförmåga i nuvarande arbete? (Gäller inte arbetslösa)

Ja  Ja, delvis  Nej  Går inte att bedöma (motivera i punkt 13)

**11** Kan resor till och från arbetet med annat färdstätt än det patienten normalt använder göra det möjligt för patienten att återgå i arbete?  Ja  Nej

**12** Jag vill ha kontakt med Försäkringskassan  Ja  Nej

**13** Övriga upplysningar

\_\_\_\_\_

### Underskrift

<b>14</b> Datum	<b>16</b> Läkarens namnteckning _____
<b>15</b> Namnförtydligande, mottagningens adress, telefon (om du inte har angett detta längst upp på blanketten)	
<b>17</b> Förskrivarkod och arbetsplatskod	

Blanketten ska kunna användas för insamling av statistik för fler uppgifter än den nuvarande blanketten. Därför har läkarens förskrivarkod och arbetsplatskod lagts till. Förskrivarkoden är en frivillig uppgift. Uppgifterna kommer att kunna användas av Socialstyrelsen och Försäkringskassan för uppföljning av beslutsstödet på arbetsplatsnivå.