



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)

### Läkartyg 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)
----------	--

<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

FK 7263 (004 F 001) Fastställt av Försäkringskassan i samråd med Socialstyrelsen 2007-07-09

**7** Är arbetslivsinriktad 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 arbetsmarknaden

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)

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

\_\_\_\_\_

72631202

**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 färdssätt 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	_____