

**OBS! Spara blanketten på datorn och öppna den därefter i Adobe Reader.
Detta för att hjälptexter ska visas och information i blanketten ska hanteras korrekt.**

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Vem kan få sjukersättning?

Sjukersättning är till för den som har en nedsatt arbetsförmåga för all överskådlig framtid på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning, och där alla rehabiliteringsmöjligheter bedöms uttömda. Från och med juli det år man fyller 19 år kan man få hel sjukersättning om arbetsförmågan är helt nedsatt. Den som har fyllt 30 år kan få hel, tre fjärdedels, halv eller en fjärdedels sjukersättning beroende på hur mycket arbetsförmågan är nedsatt.

Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan i förhållande till förvärvsarbeten på hela arbetsmarknaden, alltså även till anställningar med anställningsstöd.

Arbetsförmågan hos den som har som mest fem år kvar tills de uppnår den ålder då de inte längre kan få sjukersättning och som har erfarenhet av sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden ska bedömas i förhållande till dessa arbeten. Är annat lämpligt arbete tillgängligt för personen ska arbetsförmågan bedömas mot det.

Den som ansöker om sjukersättning ska skicka med ett läkarutlåtande. I ett pågående sjukpenningärende kan också Försäkringskassan på eget initiativ begära ett läkarutlåtande från behandlande läkare.

1. Utlåtandet är baserat på

I datum (år, månad, dag)

- min undersökning av patienten
- journaluppgifter från den
- anhörigs/annans beskrivning av patienten
- annat

Ange vad annat är:

Jag har känt patienten sedan den

2. Är utlåtandet även baserat på andra medicinska utredningar eller underlag?

 Nej Ja. Fyll i nedan.

 Ange utredning eller underlag I datum (år, månad, dag) Bifogas Ja Nej

 Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

 Ange ytterligare utredning eller underlag I datum (år, månad, dag) Bifogas Ja Nej

Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

 Ange ytterligare utredning eller underlag I datum (år, månad, dag) Bifogas Ja Nej

Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

3. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
När och var ställdes diagnosen/diagnoserna?	
Finns skäl till att revidera/uppdatera tidigare satt diagnos? <input type="text"/>	
Beskriv vilken eller vilka diagnoser som avses	

4. Bakgrund - beskriv kortfattat förloppet för aktuella sjukdomar

--

5. Funktionsnedsättning - beskriv undersökningsfynd och grad av funktionsnedsättning (lätt, måttlig, stor, total) inom relevanta funktionsområden

Intellektuell funktion <input type="text"/>
Övergripande psykosociala funktioner <input type="text"/>
Uppmärksamhet, koncentration och exekutiv funktion <input type="text"/>
Annan psykisk funktion <input type="text"/>

78000202

Sinnesfunktioner och smärta Balans, koordination och motorik Annan kroppslig funktion **6. Aktivitetsbegränsningar - beskriv vad patienten har svårt att göra på grund av den eller de funktionsnedsättningar som beskrivs ovan**

Ge konkreta exempel

7. Medicinsk behandling

Avslutade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange under vilka perioder de pågick och vilka resultat de gav. Ange även erbjudna men inte genomförda/avböjda behandlingar/åtgärder.

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Substansintag (ordinerade läkemedel och övriga eventuella substansintag, exempelvis narkotika eller överkonsumtion av alkohol)

78000302

8. Medicinska förutsättningar för arbete

Hur bedömer du att patientens medicinska förutsättningar för arbete, helt eller delvis, kan utvecklas över tid? Beskriv även om det finns medicinska skäl till särskilda arbetstider.

Beskriv vad patienten kan göra trots sin sjukdom eller sina begränsningar

9. Övriga upplysningar**10. Kontakt med Försäkringskassan**

Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig

Ange gärna varför du vill ha kontakt

11. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



Personnummer

78000502



Personnummer

78000602