

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

Skicka blanketten till
 Arbetsförmedlingen
 Läkarintyg
 FE 8170
 107 67 Stockholm

Läkarintyg för deltagare i arbetsmarknadspolitiska program med aktivitetsstöd, utvecklingsersättning eller etableringsersättning

Patientens namn	Personnummer (ååååmmdd-xxxx)/samordningsnummer
-----------------	--

1: Intyget är baserat på

<input type="checkbox"/> Min undersökning av patienten	Datum
<input type="checkbox"/> Annat	Datum
Ange vad annat är	

2 a: Patientens aktiviteter i programmet

2 b: Programmets omfattning (timmar/vecka)

<input type="radio"/> Heltid (40 timmar/vecka)
<input type="radio"/> Deltid. Ange timmar/vecka: <input style="width: 50px; height: 20px;" type="text"/>
<input type="radio"/> Okänd

3: Patienten har följande funktionsnedsättning

Beskriv funktionerna som är nedsatta till följd av sjukdomen/skadan.

4: Patienten har följande aktivitetsbegränsning

Beskriv uppgifter som patienten inte kan eller bör utföra på grund av sin sjukdom/skada i förhållande till programaktivitet ovan.

5 a: Patienten är förhindrad att delta i sina aktiviteter på grund av sjukdom/skada

Ja (omfattning och tidsperiod förtydligas i fält 5 b)

Nej

5 b: Patienten är förhindrad att delta i aktiviteter i följande omfattning och tidsperiod på grund av sjukdom/skada

Nedsättningens omfattning	Från och med	Till och med
Deltid <input style="width: 40px;" type="text"/> %	Från och med	Till och med

6 a: Jag bedömer att frånvaroperioden, fält 5 b, kan förkortas eller minskas i omfattning med anpassning

Ja (förtydligar jag i 6 b)

Nej

6 b: Jag bedömer att följande anpassningar skulle kunna förkorta eller minska omfattningen av frånvaroperioden

Exempelvis aktivitetens innehåll, platsen för aktiviteten eller arbetshjälpmedel.

7 a: Efter frånvaroperioden, fält 5 b, är min bedömning att

Patienten kan återgå utan anpassning

Patienten kan återgå med anpassning (förtydligar jag i fält 7 b)

Patienten kan inte återgå

Det inte är möjligt att avgöra om patienten kan återgå

7 b: Jag bedömer att följande anpassningar skulle kunna underlätta för patienten att återgå till aktiviteter i programmet

Exempelvis aktivitetens innehåll, platsen för aktiviteten eller arbetshjälpmedel.

--

8: Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning och eventuell specialistkompetens	
Vårdenhetens namn, adress och telefonnummer	