

Datum

Personnummer

Sänds till

Försäkringskassans inläsningscentral

LAF

839 88 Östersund

Vår referens

<b>1</b> Efternamn och förnamn	<b>2</b> Personnummer
<b>3</b> Undertecknad har haft kännedom om patienten sedan	<b>4</b> Datum för första läkarbesök med anledning av skada/sjukdom

**ANAMNES**
**5** Tidigare sjukdomar av betydelse för aktuell skada/sjukdom?

**SKADA/SJKUDOM**
**6** Undersökningsstatus med relevanta fynd, fysiska och/eller psykiska. Ange kompletterade undersökningar som stödjer diagnosen.

**7** Redogörelse för patientens beskrivning av sina arbetshinder med anledning av skada/sjukdom

**PROGNOS**
**8** Är patienten i behov av rehabiliteringsåtgärder? | om ja, ange vilka åtgärder och syfte

 Ja     Nej

**9** Är förmågan att skaffa inkomst genom arbete nedsatt minst ett år?

 Ja     Nej

Är förmågan att skaffa inkomst genom arbete varaktigt nedsatt?

 Ja     Nej

Om svaret på någon av frågorna är ja, ange vid vilken tidpunkt de konstaterades

**DIAGNOS**
**10** Svensk och latinsk diagnos

 Diagnoskod enl ICD 10  
 (huvuddiagnos)

minst tre positioner

<input type="text"/>	<input type="text"/>

50491101

FK 5049 (003 F 002) Fastställt av FK

**OLYCKSFALL ELLER SKADLIG INVERKAN I ARBETET****11** Vilken eller vilka faktorer i patientens arbete kan ha orsakat skadan/sjukdomen?**12** Vilket stöd finns inom medicinsk eller annan vetenskap för att ovan nämnda faktorer i arbetet kan ge upphov till sådan skada eller sjukdom som patienten har? Ange källor!**13** Ange vad som talar för och vad som talar mot att skadan/sjukdomen har orsakats av olycksfall eller skadliga faktorer i arbetet**14** Vilka andra faktorer än arbetet kan ha orsakat eller bidragit till att skadan/sjukdomen har uppstått?**15** Bedömningen grundar sig på Egen kännedom om patientens arbete Försäkringskassans utredning Patientens beskrivning**SÄRSKILDA UPPLYSNINGAR****16** Övriga upplysningar som kan vara av betydelse för försäkringskassans bedömning**UTBETALNING**

| betalningsmottagare

Önskar ersättning med \_\_\_\_\_ kronor

**UNDERSKRIFT**\_\_\_\_\_  
(Datum)\_\_\_\_\_  
(Namnteckning)

Dina uppgifter kommer att behandlas i Försäkringskassans datasystem. Mer information finns bland annat i vår broschyr "Socialförsäkringsregister".

**Försäkringskassans anteckningar**

Intyget ersatt med kr \_\_\_\_\_

| datum \_\_\_\_\_

| sign \_\_\_\_\_

| ankomstdatum \_\_\_\_\_

50491201