

A



Läkarintyg
för sjukpenning
Patientens namn

1 (4)

Personnummer

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Smittbärarpenning Hjälptext

- ☐ Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna "Diagnos" och "Nedsättning av arbetsförmåga").

2. Intyget är baserat på Hjälptext

I datum (år, månad, dag)

- ☐ min undersökning av patienten
☐ min telefonkontakt med patienten
☐ journaluppgifter från den
☐ annat
Ange vad annat är:

78040102

3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan? Hjälptext

- ☐ Nuvarande
arbete

Ange yrke och arbetsuppgifter

- ☐ Arbetssökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden
☐ Föräldraledighet för vård av barn
☐ Studier

4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga Hjälptext

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

B

Personnummer 2 (4)

5. Funktionsnedsättning Hjälp

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

6. Aktivitetsbegränsning Hjälp

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

7. Medicinsk behandling

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

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

8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan Hjälp

- | | | |
|--------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|
| ☐ 100 procent | I från och med (år, månad, dag) | I till och med (år, månad, dag) |
| ☐ 75 procent | | |
| ☐ 50 procent | | |
| ☐ 25 procent | | |

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att Hjälp

C

Personnummer 3 (4)

☐ Resor till och från arbetet med annat färdmedel än normalt kan göra det möjligt för patienten att återgå till arbetet under sjukskrivningsperioden.
Kommer möjligheterna till återgång i arbete försämrats om arbetstiden förläggs på annat sätt än att arbetstiden minskas lika mycket varje dag? ☐ Nej ☐ Ja. Fyll i nedan. Hjälp
Beskriv de medicinska skälen till att möjligheterna till återgång i arbete försämrats

9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

☐ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.
☐ Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom ▼
☐ Patienten förväntas inte kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.
☐ Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

10. Här kan du ange åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete

☐ Arbetsträning	☐ Ergonomisk bedömning	☐ Omfördelning av arbetsuppgifter
☐ Arbetsanpassning	☐ Hjälpmedel	☐ Övrigt
☐ Söka nytt arbete	☐ Konflikthantering	☐ Inte aktuellt
☐ Besök på arbetsplatsen	☐ Kontakt med företagshälsovård	
Här kan du ange fler åtgärder. Du kan också beskriva hur åtgärderna kan underlätta återgång i arbete.		

11. Övriga upplysningar

--

D

Personnummer

4 (4)

12. Kontakt med Försäkringskassan Hjälp

☐ Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
Ange gärna varför du vill ha kontakt.

13. 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.

78040402

FK 7804 (005 F 003) Fastställt av Försäkringskassan
i samråd med Socialstyrelsen

Supplementary Fig. 1. The application form of sickness benefits medical certification in Sweden (1)
(A), (2) (B), (3) (C), and (4) (D).