



Använd fortsättningsbladet som finns i slutet av blanketten om utrymmet i fälten inte räcker till.

Patientens namn

Personnummer

Skicka blanketten till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Det här läkarutlåtandet använder Försäkringskassan när vi bedömer om någon kan få livränta. Det kan begäras både av den som ansöker om livränta och av Försäkringskassan. Utlåtandet kan behöva utfärdas både för den som är sjukskriven och för den som kan arbeta.

### Vem kan få livränta?

En person kan få livränta om han eller hon har en arbetsskada och förlorar inkomst i minst ett år. Det kan vara till exempel om han eller hon måste byta till ett sämre betalt arbete.

### 1. Utlåtandet är baserat på

datum (år, månad, dag)

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

Ange vad annat är:

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

- Nej
- Ja, jag bifogar utredningarna och underlagen eller anger nedan vilka de är och hos vilken vårdinrättning de finns

### 3. Diagnos eller diagnoser för de besvär som patienten anser är en arbetsskada

Använd den mest specifika diagnosen som beskriver besvären baserat på de utredningar som gjorts.	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
När och var ställdes diagnosen?	
Använd den mest specifika diagnosen som beskriver besvären baserat på de utredningar som gjorts.	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
När och var ställdes diagnosen?	
Använd den mest specifika diagnosen som beskriver besvären baserat på de utredningar som gjorts.	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
När och var ställdes diagnosen?	

78080101

**4. Bakgrund - beskriv kortfattat förloppet för aktuella sjukdomar**

--

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

--

Sinnesfunktioner och smärta 

--

Balans, koordination och motorik 

--

Annan kroppslig funktion 

--

**6. Aktivitetsbegränsningar** **6.a Utgå från det arbete som patienten hade när skadan uppstod. Beskriv vad han eller hon inte kan göra på grund av den eller de funktionsnedsättningar som beskrivs ovan** 

Ange yrke eller sysselsättning och arbetsuppgifter

Ge konkreta exempel på aktivitetsbegränsningar


**6.b Utgå från andra arbeten än det som patienten hade när skadan uppstod. Beskriv vad han eller hon inte kan göra på grund av den eller de funktionsnedsättningar som beskrivs ovan** 

Ge konkreta exempel på aktivitetsbegränsningar

**7. Medicinsk behandling**

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

Pågående medicinska behandlingar eller åtgärder. Ange vad syftet är, tidsplanen och den ansvariga vårdenheten.

Planerade medicinska behandlingar eller åtgärder. Ange vad syftet är och, om det går, tidsplanen och den ansvariga vårdenheten.

Ordinerade läkemedel.

**8. Medicinska förutsättningar för arbete** 

Beskriv hur aktivitetsbegränsningarna förväntas utvecklas över tid.

**8.a Kan patienten antas återgå helt i det arbete där skadan uppstod inom 12 månader?** Ja  Nej  Går inte att bedöma**8.b Kan patienten antas återgå helt i ett annat arbete än det arbete där skadan uppstod inom 12 månader?** Ja  Nej  Går inte att bedöma

**9. Övriga upplysningar**

--

**10. Kontakt med Försäkringskassan**

<input type="checkbox"/> 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](http://forsakringskassan.se).

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

78080401



Personnummer

78080501