



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

### Vem kan få merkostnadsersättning?

En person kan ha rätt till merkostnadsersättning för kostnader som beror på att hen fått en varaktig funktionsnedsättning som kan antas finnas i minst ett år. Funktionsnedsättningen ska ha uppstått innan hen fyllde 66 år. Om personen är född 1957 eller tidigare kan hen även få ersättning för kostnader som beror på att hen fått en funktionsnedsättning innan hen fyllde 65 år. För att få merkostnadsersättning ska merkostnaderna uppgå till minst 25 procent av ett prisbasbelopp per år. Den som anses vara blind eller gravt hörselskadad kan få en garanterad nivå av merkostnadsersättning utan att ha några merkostnader.

### 1. Utlåtandet är baserat på

Du kan ange ett eller flera alternativ	datum (år, månad, dag)
<input type="checkbox"/> Min undersökning av patienten	
<input type="checkbox"/> Journaluppgifter från och med	
<input type="checkbox"/> Anhörigs eller annans beskrivning av patienten	
Ange anhörig eller annans relation till patienten	
<input type="checkbox"/> Annat	
Ange vad annat är	

78090101

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

<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan
Ange utredning eller underlag	datum (år, månad, dag) Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Var kan Försäkringskassan hämta information om utredningen eller underlaget?	<input type="text"/>
Ange ytterligare utredning eller underlag	datum (år, månad, dag) Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Var kan Försäkringskassan hämta information om utredningen eller underlaget?	
Ange ytterligare utredning eller underlag	datum (år, månad, dag) Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Var kan Försäkringskassan hämta information om utredningen eller underlaget?	

**3. Diagnos eller diagnoser** 

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

**4. Sammanfatta historiken för diagnoserna****5. Funktionsnedsättning — beskriv undersökningsfynd och grad av funktionsnedsättning inom relevanta funktionsområden** Intellektuell funktion 
Övergripande psykosociala funktioner 
Uppmärksamhet, koncentration och exekutiv funktion 
Annan psykisk funktion

Hörsel Syn Övriga sinnen 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 på aktiviteter i patientens vardag där svårigheter uppstår.

**7. Medicinska behandlingar**  

Ange pågående eller planerade behandlingar eller åtgärder som är relevanta utifrån funktionsnedsättningen. Det kan vara ordinerade läkemedel, hjälpmedel, träningsinsatser eller särskild kost.

Ange ansvarig vårdenhet och tidplan.

**8. Hur förväntas patientens funktionsnedsättning och aktivitetsbegränsningar utvecklas över tid?**

--

**9. Övriga upplysningar**

--

**10. 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.

78090401

**11. Fortsättningblad**

78090501

FK 7809 (001 F 001) Fastställt av Försäkringskassan