

# Läkarutlåtande för sjukersättning

- 19-64år
- Stadigvarande nedsatt
- Pga sjukdom, skada eller funktionsnedsättning.
- Minst 20%
- Alla insatser uttömda.
- Mot hela arbetsmarknaden.

# Tänk på.

- Enkelt språk.
- Tänk på mottagaren.
- DFA

78000102

### 1. Utlåtandet är baserat på

<input type="checkbox"/> i min undersökning av patienten	I datum (år, månad, dag)	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> journaluppgifter från den		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> anhörigs/annans beskrivning av patienten		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> annat		<input type="text"/>
Ange vad annat är:	<input type="text"/>	
Jag har känt patienten sedan den		
		<input type="text"/>

### 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	I datum (år, månad, dag)	Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget? <a href="#">Hjälptext</a>		
<input type="text"/>		
Ange ytterligare utredning eller underlag	I datum (år, månad, dag)	Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?		
<input type="text"/>		
Ange ytterligare utredning eller underlag	I datum (år, månad, dag)	Bifogas <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?		
<input type="text"/>		

**3. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga** [Hjälp](#)[text](#)

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
<p>När och var ställdes diagnosen/diagnoserna?</p> <p><b>Gradera efter begränsning.</b> Bara relevanta diagnoser. Fler diagnos? Under "övriga upplysningar."</p>	
<p>Finns skäl till att revidera/uppdatera tidigare satt diagnos? <a href="#">Hjälp</a><a href="#">text</a></p> <p><input type="checkbox"/> Nej      <input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan.</p>	
<p>Beskriv vilken eller vilka diagnoser som avses</p>	

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

--

### 5. Funktionsnedsättning - beskriv undersökningsfynd och grad av funktionsnedsättning (lätt, måttlig, stor, total) inom relevanta funktionsområden [Hjälptext](#)

Intellektuell funktion <a href="#">Hjälptext</a>
Kommunikation och social interaktion <a href="#">Hjälptext</a>
Uppmärksamhet, koncentration och exekutiv funktion <a href="#">Hjälptext</a>
Annan psykisk funktion <a href="#">Hjälptext</a>

resumera

Sinnesfunktioner och smärta <a href="#">Hjälptext</a>
Balans, koordination och motorik <a href="#">Hjälptext</a>
Annan kroppslig funktion <a href="#">Hjälptext</a>

Vad har man funnit vid undersökningar.  
Senaste undersökningen bör vara aktuell.  
Vad har andra funnit. Vem har utrett, Var ,  
När? Bara avvikande fynd behöver beskrivas.

Exempel på funktionsnedsättningar: Nedsatt rörlighet, nedsatt kraft, nedsatt uthållighet, minnessvårigheter, koncentrationssvårigheter, trötthet m.m.

## 6. Aktivitetsbegränsningar - beskriv vad patienten har svårt att göra på grund av den eller de funktionsnedsättningar som beskrivs ovan Hjälpert

Ge konkreta exempel

Vad kan patienten ej utföra?  
Ge gärna exempel.

## 7. Medicinsk behandling

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

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

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

Substansintag (ordinerade läkemedel, alkohol, tobak och övriga substansintag)

## 8. Medicinska förutsättningar för arbete

Hur bedömer du att patientens medicinska förutsättningar för arbete, helt eller delvis, kan utvecklas över tid? Beskriv även om det finns medicinska skäl till särskilda arbetstider. [Hjälptext](#)

Beskriv vad patienten kan göra trots sin sjukdom eller sina begränsningar [Hjälptext](#)

## 9. Övriga upplysningar

## 10. Kontakt med Försäkringskassan [Hjälptext](#)

Jag önskar att Försäkringskassan kontakter mig

Ange gärna varför du vill ha kontakt

700000402

## 11. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
<input type="text"/>	
Namnförtydligande	
<input type="text"/>	
Befattning	Eventuell specialiskompetens
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
<input type="text"/>	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	
<input type="text"/>	

råd med Socialstyrelsen

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



# Sjukskrivning



Det är viktigt att läkaren begränsar sin bedömning till det som han eller hon **verkligen kan bedöma** och ta ansvar för

Uttala sig om **individens sjukdom** och **funktionstillstånd** och

**➔ hur dessa faktorer påverkar arbetsförmågan**