

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

Vem kan få arbetsskadelivränta?

Arbetsskadelivränta är en ersättning för den som till följd av arbetsskada har fått sin förmåga att skaffa sig inkomst genom arbete nedsatt med minst en femtondel. Det är bara om nedsättningen kan antas bestå under minst ett år som livränta kan beviljas. Försäkringskassan prövar om skadan är en arbetsskada endast om dessa grundkrav är uppfyllda. Så kan vara fallet om arbetsskadan leder till att den som skadats behöver gå ned i arbetstid eller behöver byta arbete eller arbetsuppgifter.

Detta utlåtande kan både begäras av den som ansöker om arbetsskadelivränta och av Försäkringskassan i ett ärende om sådan ersättning. Utlåtandet är ett underlag vid Försäkringskassans prövning av grundkraven.

1. Utlåtandet är baserat på

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

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

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

3. Diagnos/diagnoser för de besvär som patienten anser är en arbetsskada
i

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
När och var ställdes diagnosen? Motivera diagnosen utifrån undersökningsfynd och diagnoskriterier.	
	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
När och var ställdes diagnosen? Motivera diagnosen utifrån undersökningsfynd och diagnoskriterier.	
	Diagnoskod enligt ICD-10 SE

Patientens namn

Personnummer

När och var ställdes diagnosen? Motivera diagnosen utifrån undersökningsfynd och diagnoskriterier.

4. Övriga diagnoser

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
--	-----------------------------

5. Bakgrund - beskriv kortfattat förloppet för diagnos/diagnoser som anges i punkt 3.*i*

--

6. Funktionsnedsättning - beskriv grad av funktionsnedsättning (lätt, måttlig, stor, total) och undersökningsfynd som kopplas till diagnos/diagnoser som anges i punkt 3.*i*

Avvikelser i somatiskt och psykiskt status
Röntgen- och laboratoriefynd
Resultat av kliniskt fysiologiska undersökningar
Andra testresultat, exempelvis neuropsykologisk utredning

7. Aktivitetsbegränsningar
i
A. Utgå från *ordinarie arbete*. Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av de funktionsnedsättningar som anges i punkt 6.
i

Ange yrke/sysselsättning och arbetsuppgifter.

Ge konkreta exempel.

B. Utgå från *andra lämpliga arbeten*. Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av de funktionsnedsättningar som anges i punkt 6.
i

Ge konkreta exempel.

8. Medicinsk behandling med anledning av diagnos/diagnoser som anges i punkt 3.

Avslutade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange också 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 tidplan samt ansvarig vårdenhet.

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

Substansintag (orderade läkemedel, alkohol, tobak och övriga substansintag).

9. Medicinska förutsättningar för arbete
i
A. Kan patienten antas återgå helt i *ordinarie arbete* inom 12 månader?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Går inte att bedöma
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	---------------------

Motivera din bedömning och beskriv hur ovanstående aktivitetsbegränsningar kommer att förändras över tid.

B. Kan patienten antas återgå helt i *andra lämpliga arbeten* inom 12 månader?

<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nej	<input type="checkbox"/>	Går inte att bedöma
--------------------------	----	--------------------------	-----	--------------------------	---------------------

Motivera din bedömning och beskriv hur ovanstående aktivitetsbegränsningar kommer förändras över tid.

Patientens namn

Personnummer

--

10. Övriga upplysningar

--

11. Kontakt med Försäkringskassan

<input type="checkbox"/>	Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig
Ange gärna varför du vill ha kontakt	

12. 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		

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget

Patientens namn

Personnummer

Patientens namn

Personnummer