



Medicinskt utlåtande avseende person med försörjningsstöd

Patientens efternamn, förnamn

Person- /sammordningsnummer

Intyget är baserat på

Datum ÅÅMMDD

- Läkarbesök
- Undersökning av annan vårdprofession
- Teamsamverkan
- Journalanteckningar från tidigare besök
- Annat

Den medicinska bedömningen har gjorts i relation till följande aktiviteter/insatser och omfattning på dessa

Se beställningsblankett från Försörjningsstöd/socialtjänsten

Funktionsnedsättning

På grund av sjukdom/funktionsnedsättning/skada har patienten följande funktionsnedsättning i förhållande till aktuell aktivitet/insats

Aktivitetsbegränsning

På grund av sjukdom/funktionsnedsättning/skada bedöms patienten inte klara/ kunna utföra följande specifika rörelser/uppgifter

Pågående eller planerad behandling/åtgärd

Inom vården	Från och med (ÅÅMMDD)	Till och med (ÅÅMMDD)
<input type="checkbox"/> Ja		
<input type="checkbox"/> Nej		
<input type="checkbox"/> Annan åtgärd		

Min bedömning är att patient inte kan delta i följande omfattning i sina aktiviteter:

Omfattning (tim /v)	Från och med (ÅÅMMDD)	Till och med (ÅÅMMDD)
----------------------	-----------------------	-----------------------

Efter frånvaroperioden är min prognos att patienten

<input type="checkbox"/> Kan återgå utan anpassning
<input type="checkbox"/> Kan återgå med anpassning (förtydliga med kommentar under förslag på åtgärder)
<input type="checkbox"/> Inte kan återgå trots anpassning

Förslag på åtgärder som skulle kunna underlätta för patienten att återgå till aktivitet/insats

Träning, hjälpmedel eller annan rehabilitering? Ange tidsplan

Andra faktorer som påverkar patientens möjligheter att delta i aktivitet?

Ange eventuell andra faktorer som påverkar möjligheten att delta i aktivitet

Finns behov av samverkansmöte /SIP?

<i>Eventuell kommentar</i>
<input type="checkbox"/> Ja
<input type="checkbox"/> Nej

Underskrift

Intygsutfärdarens namnteckning	Ort och datum
Intygsutfärdarens efternamn och förnamn	Befattning
Tjänsteställe	Telefonnummer (inkl. riktnr)
Utdelningsadress	
Rehabiliteringskoordinator för vårdenheten (namn och telefonnummer)	
E-postadress	