

En person behöver lämna läkarintyg om han eller hon på grund av sjukdom inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande eller behöver avstå från anvisad praktik, kompetenshöjande verksamhet eller annan aktivitet inom den aktuella planeringen.

Personuppgifter

Patientens namn:	Personnummer/samordningsnummer:
------------------	---------------------------------

1. Intyget är baserat på

<input type="checkbox"/> Min undersökning vid fysiskt vårdmöte	ÅÅMMDD
<input type="checkbox"/> Min undersökning vid digitalt vårdmöte	ÅÅMMDD
<input type="checkbox"/> Min telefonkontakt med patienten	ÅÅMMDD
<input type="checkbox"/> Journaluppgifter från:	
<input type="checkbox"/> Annat, beskriv vad:	

2. Patientens aktuella aktivitet

Den enskildes uppgifter om aktivitet ligger till grund för den medicinska bedömningen. Du kan kryssa i fler alternativ.

Typ av aktivitet

Arbetssökande/står till arbetsmarknadens förfogande

Praktik, annan kompetenshöjande verksamhet eller aktivitet

Annat, beskriv vad:

Omfattning i timmar per vecka:

Det föreligger inga uppenbara medicinska hinder för deltagande i aktuell aktivitet

Om du kryssar i denna ruta behöver du inte fylla i resterande fält, utan kan gå vidare till att signera intyget.

3. Diagnos/diagnoser som nedsätter förmågan att delta i aktivitet

Diagnosen omfattas av smittskyddslagen

Ange diagnoskod och diagnos:

4. Funktionsnedsättning

Beskriv vilka kroppsliga, psykiska eller kognitiva funktioner som är nedsatta till följd av patientens sjukdom:

Uppgifter som ligger till grund för bedömningen:

Ange även vem uppgiften kommer från, t.ex. egen observation, patienten själv eller uppgifter från annan vårdpersonal.

5. Aktivitetsbegränsning i relation till aktivitet

Beskriv vad patienten bedöms ha svårt att göra till följd av sin sjukdom. Ange exempel på begränsningar i relation till aktuell aktivitet och vilka krav eller situationer som medför svårigheter:

Uppgifter som ligger till grund för bedömningen:

Ange även vem uppgiften kommer från, t.ex. egen observation, patienten själv eller uppgifter från annan vårdpersonal.

6. Kan deltagande i aktivitet förvärra patientens sjukdom eller skada?

Ja Nej

Om ja, beskriv i vilka situationer eller vid vilken typ av aktivitet risk för försämring kan föreligga:

7. Bedömning av medicinska skäl att helt eller delvis avstå från deltagande i aktivitet*

Hel frånvaro från aktivitet

ÅÅMMDD - ÅÅMMDD

Delvis frånvaro från aktivitet

ÅÅMMDD - ÅÅMMDD

Om delvis frånvaro, ange omfattning som personens bedöms kunna delta: antal timmar per dag

Kan delta i aktivitet under intygssperioden om aktiviteten anpassas utifrån de beskrivna aktivitetsbegränsningarna

8. Prognos för möjlighet att delta i aktivitet efter intygssperioden

Förväntas kunna delta i aktuell aktivitet efter intygssperiodens slut

Förväntas inte kunna delta i aktuell aktivitet efter intygssperiodens slut

Kan inte bedömas vid aktuellt undersökningstillfälle

Om du kryssar i 2 eller 3, vänligen ange din bedömning:

9. Medicinsk behandling och rehabiliterande åtgärder

Ange pågående och planerade medicinska behandlingar eller rehabiliterande åtgärder som kan påverka patientens möjlighet delta i aktivitet:

10. Kontakt med Socialtjänsten

Jag önskar att Socialtjänsten kontaktar mig

Kontaktuppgifter:

11. Utfärdare

Datum	Läkarens namnteckning	
Namnförtydligande		
Befattning	Eventuell specialistkompetens	
Läkarens HSA-id	Arbetsplats	
Vårdenhetens namn		Vårdenhetens telefonnummer
Vårdenhetens adress		