

12-6
-06
+

12/6-06
+

Kopta

MEDICINSKT UNDERLAG
- för bedömning av rätt till sjukpenning
och eventuellt behov av rehabilitering

Försäkringskassan

Klinik eller mottagning, lämn och läkarens namn (om så nedan)

K Carlsson

Patientens namn

442 34 KUNGÄLV

Läkarintyg enligt 3 kap. 8§ lagen om allmän försäkring

Du kan även använda blanketten för avtängning enligt smittskyddslagen (SmL)

Om patienten inte är känd skall identiteten styrkas genom
registrationshandling med foto (SOSFS 1961.25)

1
 Avstängning enligt SmL på grund av smitta (fortsätt till punkt 8)

Medicinsk bedömning

Vid bedömningen ska du bortse från arbetsmarknadsmässiga, ekonomiska, sociala och liknande förhållanden.

2 Diagnos/-er eller symtom till grund för den satta förmågan/aktivitetsbegränsningen
Spondylos. Diskogen smärta pga spondylos. diskbräck?
Diagnoskod enligt ICD10 (huvuddiagnos)
minst tre positioner
M47-

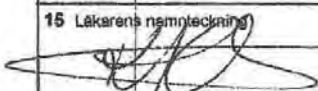
3 Anamnes (aktuell sjukdom)
Ryggsmärter och nu också smärter i vänster ben som förvärrats efter att han försökt återgå i arbete trots att han inte gjort de vanliga arbetsuppgifterna utan endast lättare arbetsuppgifter. Kan inte sitta någon längre stund utan helst var i rörelse men utan att röra ryggen eller lyfta något.

4 Status, objektiva undersökningsfynd
Rör sig stelt. Pos Lasègue v sida vid 45 grader, kan inte lyfta höger ben mer än 70 grader vilket alltså är en försämring jmf med utredningen på DC tidigare i år.
Uppgifterna baserade på
 Personlig kontakt 2006-06-12
 Telefonkontakt - -
 Journaluppgifter - -
 Annat (ange vad under punkt 13) - -

6 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet?
Har i nuläget ingen som helst arbetsförmåga på smärter och stelhet som alltså ökat sedan utredningen på DC, statusfynd överensstämmande med symtomen som inte fanns vid utredningen.

72632201

8 Föreskrift - behandling eller åtgärd som är nödvändig för att förmågan skall kunna återställas
 Följa given ordination (ange vilken) _____
 Fortsatt poliklinisk kontakt _____
 Undvika viss belastning (ange vilken) _____
 Besöka arbetsplatsen _____
 Väntar på åtgärd inom sjukvården (ange vilken) _____
 Väntar på annan åtgärd (ange vilken) _____
 Övrigt (ange vad) _____

7 Är arbetslivsriktad rehabilitering aktuell?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input checked="" type="checkbox"/> Kan inte bedömas för närvarande <input type="checkbox"/> Behov av kontakt med företagshälsovård
8 Medicinsk bedömning av i vilken grad funktionsnedsättningen begränsar patientens förmåga att utföra sina vanliga arbetsuppgifter (ange arbetsuppgifternas art):		
elektriker, TVreparatör, mycket rörlikt och arbete i konstiga arbetsställningar.		
<input type="checkbox"/> om patienten är arbetslös; att söka/kunna utföra arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden		
<input type="checkbox"/> om patienten är föräldradedig med föräldrapenning; att vårda sitt barn		
Arbetsförmågan bedöms		
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/4	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
	- -	- -
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 1/2	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
	- -	- -
<input type="checkbox"/> delvis nedsatt med 3/4	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
	- -	- -
<input checked="" type="checkbox"/> helt nedsatt	fr.o.m. (år, mån, dag)	längst t.o.m. (år, mån, dag)
	2006-06-12	2006-08-01
(om helt nedsatt, besvara i åtgörna nedan)		
- Kan deltid vara olämplig av psykosociala skäl?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
- Kan anpassade arbetsuppgifter möjliggöra sysselsättning på deltid/heltid?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid vara skadlig för sjukdomens utveckling?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid i nuvarande sysselsättning vara möjlig med hänsyn till symptom?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
- Kan deltid förbättra prognosen för återgång i arbete?	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
- Kan deltidsarbete på annat sätt vara skadligt?	<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
9 Prognos - bedöms patienten kunna få tillbaka sin förmåga till arbete/aktivitet?		
<input type="checkbox"/> Ja, helt	<input type="checkbox"/> Ja, delvis	<input type="checkbox"/> Nej
10 Kan resor till och från arbetet med annat förändrat sätt än det patienten normalt använder göra det möjligt att återgå i arbete?		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
11 Önskar kontakt med Försäkringskassan		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
12 Önskar avstämningsmöte		
	<input type="checkbox"/> Ja	<input checked="" type="checkbox"/> Nej
13 Övriga upplysningar		
Sjukskrives helt fram till 11 åb till ordinarie läkare, har senaste vecka inte kunnat gå till sjukgymnastiken. Prognos oklar, avvaktar ytterligare träning och medicinsk utredning.		
Underskrift		
14 Datum (år, mån, dag)	16 Namn, mottagningens adress, telefonnummer (även riktnr) i klartext (om ej ovan)	
2006-06-12		
15 Läkarens namnteckning		
		

72632202