

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

- Min undersökning vid fysiskt vårdmöte ÅÅMMDD
- Min undersökning vid digitalt vårdmöte ÅÅMMDD
- Min telefonkontakt med patienten ÅÅMMDD
- Journaluppgifter från: ÅÅMMDD
- Annat, ange vad:

### 2. Patientens aktuella aktivitet

Det är personens uppgifter om aktivitet ligger till grund för den medicinska bedömningen. Du kan kryssa i flera alternativ.

#### Typ av aktivitet

- Arbets sökande/stå till arbetsmarknadens förfogande
- Praktik, annan kompetenshöjande verksamhet eller aktivitet
- Annat, ange vad:

Omfattning i timmar per vecka:

- Det föreligger inga uppenbara medicinska hinder för deltagande i aktuell aktivitet

Om du kryssar i denna ruta kan frånvaro från aktuell aktivitet inte rekommenderas på medicinska grunder. Vid behov kan kompletterande medicinsk information av betydelse för socialnämndens planering lämnas i intygsformuläret.

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

- Diagnosen omfattas av smittskyddslagen

Ange diagnoskod och diagnos:

---

#### 4. Funktionsnedsättning

Ange 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

Ange vad patienten bedöms ha svårt att göra till följd av sin sjukdom. Begränsningarna ska anges i relation till patientens aktuella aktivitet

**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 försämra 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  
 Delvis frånvaro från aktivitet

Om delvis frånvaro, ange omfattning som personen bedöms kunna delta:      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 undersökningstillfället

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

## 9. Medicinsk behandling och rehabilitering

Här anger du pågående och planerade medicinska behandlingar eller rehabiliterande åtgärder som kan påverka patientens möjlighet att 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	