Socialstyrelsen

Läkarintyg till socialnämnden
Datum

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

- ☐ Arbetssökande/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:

SOCIALSTYRELSEN
106 30 Stockholm
Telefon 075-247 30 00
Fax 075-247 32 52
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
www.socialstyrelsen.se

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 (ÅÅMMDD-ÅÅMMDD)

☐ Delvis frånvaro från aktivitet (ÅÅMMDD-ÅÅMMDD)

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

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

8. Prognos för möjlighet att delta i aktivitet efter intygsperioden

☐ Förväntas kunna delta i aktuell aktivitet efter intygsperiodens slut

☐ Förväntas inte kunna delta i aktuell aktivitet efter intygsperiodens 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		