



* Vid ögonsjukdom bör blanketten "FKF 3210" användas
Vid ansökan om bilstöd bör blanketten "FKF 3222" användas

Om patienten inte är känd skall identiteten styrkas genom legitimationshandling med foto (SOSFS 1981:25)

1 Efternamn och förnamn	2 personnummer (år, mån, dag, nr)
3 Medicinska undersökningar	4 Undertecknad har kännedom om den undersökte sedan
SAND, THORLEIF	5 Senaste undersökning: datum
	50.00.00.00

Utlåtandet bör belysa omständigheter, som sätter ned den fysiska och/eller psykiska prestationsförmågan. Betr förvärvsarbetande som fyllt 60 år behöver punkterna 6 och 12 endast fyllas i om det finns särskild anledning.

6 Tidigare sjukdomar av vikt

Var god se tidigare intyg i ärendet av mig, där det väsentliga anamnestiskt och tidigare sjukdomar framkommer.

7 Redogörelse för den aktuella sjukdomens början (tidpunkt) och förlopp samt eventuellt sjukhusvard (klinik, vardtid). Även redogörelse för den undersöktes uppfattning om sitt arbetshinder och hur länge det varat

Aktuellt nu är att pat fått sitt boende alltmer sanerat gentemot en el- och magnetfältsfri miljö. Så småningom har man via olika tekniska åtgärder kunnat åstadkomma ett boende där dessa faktorer så långt möjligt är undanröjda. Detta har medfört att pat har upplevt en subjektiv förbättring under sista åren så att han nu kan cykla till t ex golfbanan någon gång då och då. Klarar dock fortfarande dock ej av att vara i icke el- eller magnetsanerad miljö. Upplever då samma typ av intensiva besvär som tidigare och får dessutom kvarstående besvär i efterförloppet. Allt detta medför att pat är ytterst begränsad i sitt leverne, klarar sig i stort sett endast inom den noggrannst iordningsställda miljö som han f n vistas i. Har ingen möjlighet att åka i typ konventionell bil eller liknande utan måste i så fall ha en generatorfri- och växelströmsfri miljö. Allt detta sammantaget medför ett uttalat behov av anpassande av sitt dagliga leverne.

8 Fysisk och psykisk status (inkl resultatet av laboratorie- och röntgenundersökningar, ekg o dyl) samt redogörelse för hur de objektiva iakttagelserna/fynden påverkar arbetsförmågan (om det bedöms vara av betydelse lämnas uppgift om längd, vikt och synskärpa med eller utan korrektion samt hörsel)

A t: Gott.

Hjärta: Jämn grundrytm, rena toner utan biljud.

Lungor: Bilat u a.

9 Svensk och latinsk diagnos och nomenklaturnummer (huvuddiagnosen först)

Vg vänd!

Försäkringskassans anteckningar

Intyget ersatt med -->	kr	datum	sign	Ankomstdatum
				1766 97-09-08

använd fort-
sättningsblad
(FKF 3201)
om utrym-
mena på
blanketten
inte räcker till

10 Sammanfattande beskrivning av hälsotillståndet

11 Hur lång tid bedöms nuvarande medicinska nedsättning av arbetsförmågan föreligga?

12 Rehabilitering

Redogör för vilka ytterligare medicinska åtgärder den undersökte bör bli föremål för och i så fall från vilken tidpunkt. Ange även ev utfärdad remiss. Kan det förväntas att den undersökte kan klara ett arbete? Behövs i så fall medicinska eller yrkesinriktade rehabiliteringsåtgärder? Om behandlingsplan finns anges denna

3 Ange om hinder föreligger för vissa slag av arbeten med hänsyn till:

a) fysisk förmåga; b) psykisk förmåga; c) miljöfaktorer

13 Uppgifter för bedömning av rätt till HANDIKAPPERSÄTTNING

Lämna en så utförlig beskrivning som möjligt av den undersöktes ev nedsatta funktionsförmåga* med avseende på behov av mera tidskrävande hjälp av annan eller betydande merutgifter i den dagliga livsföringen (t ex behov av dietkost eller astronautkost, behov av särskilt hjälpmedel eller fortlöpande hjälp av annan för att kunna förvärvsarbeta eller studera)

* Ett villkor för rätt till handikappersättning är att handikappet uppstått före 65 års ålder. Förändring av försäkrads handikapp efter denna tidpunkt kan inte grunda rätt till handikappersättning

Underskrift

14 Läkarutlåtandet utfärdat på begäran av ☐ försäkringskassan ☐ länsarbetsnämnden ☐ annan →		16
15 Meddelande om försäkringskassans pensionsbeslut önskas ☐		☐ Fortsättningsblad "FKF 3201" har använts
17 Begärt arvode Ersättning för läkarutlåtandet önskas insatt på		21 Läkarens underskrift (namnteckning jämte klartext), tjänsteställning, adress och telefonnummer (även riktnr)
18 eget postgirokonto ☐ kontonummer	19 annat postgirokonto ☐ kontonummer	Sven Gustafsson Distriktsläkare Vårdcentralen Box 80 686 22 SUNNE 0565-47000
Kontoinnehavarens namn (bokstavsmanamn eller namn på institution)		
20 Ort och datum		