

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

1. Smittbärappenning

- Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna "Diagnos" och "Nedsättning av arbetsförmåga").

2. Intyget är baserat på

- | | datum (år, månad, dag) |
|---|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> min undersökning av patienten | 2024-01-28 |
| <input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten | |
| <input type="checkbox"/> journaluppgifter från den | |
| <input type="checkbox"/> annat | |
- Ange vad annat är:

3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Nuvarande arbete | Ange yrke och arbetsuppgifter
Arbetar som egen företagare och föder upp travhästar. har ett 40-tal varav 15 ston som ska föda snart |
| <input type="checkbox"/> Arbetssökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden | |
| <input type="checkbox"/> Föräldraledighet för vård av barn | |
| <input type="checkbox"/> Studier | |

4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
Fraktur på nedre delen av både ulna och radius-sluten	S 5 2 6 0

5. Funktionsnedsättning

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer

Kan inte använda höger hand, handled och underarm på 4 v minst. Sannolikt behöver frakturerna opereras. reponeras och gipsas på akuten 28/1 och ska få besked från ortopederna 29/1 om operation är aktuell, vilket sannolikt blir inom några dygn isåfall.

6. Aktivitetsbegränsning

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.

Se ovan. Kan inte ta hand om hästarna. Är högerhänt. Handleden höger sida kommer att vara gipsad + /- opererad.

7. Medicinsk behandling

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Gips + ev operation. Rörelseträning därefter när frakturerna läkt.

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.

Se plan ovan

8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan

	I från och med (år, månad, dag)	I till och med (år, månad, dag)
<input checked="" type="checkbox"/> 100 procent	2024-01-28	2024-02-25
<input type="checkbox"/> 75 procent		
<input type="checkbox"/> 50 procent		
<input type="checkbox"/> 25 procent		

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund**1. Smittbärappening**

-
- Avstängning enligt smittskyddslagen på grund av smitta. (Fortsätt till frågorna "Diagnos" och "Nedsättning av arbetsförmåga").

2. Intyget är baserat på

- | | datum (år, månad, dag) |
|---|------------------------|
| <input checked="" type="checkbox"/> min undersökning av patienten | 2024-02-05 |
| <input type="checkbox"/> min telefonkontakt med patienten | |
| <input type="checkbox"/> journaluppgifter från den | |
| <input type="checkbox"/> annat | |
- Ange vad annat är:

3. I relation till vilken sysselsättning bedömer du arbetsförmågan?

- | | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Nuvarande arbete | Ange yrke och arbetsuppgifter
Arbetar som egen företagare och föder upp travhästar. har ett 40-tal varav 15 ston som ska föda snart |
| <input type="checkbox"/> Arbetssökande - att utföra sådant arbete som är normalt förekommande på arbetsmarknaden | |
| <input type="checkbox"/> Föräldraledighet för vård av barn | |
| <input type="checkbox"/> Studier | |

4. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
Fraktur på nedre delen av radius-sluten	S 5 2 5 0

5. Funktionsnedsättning

Beskriv undersökningsfynd, testresultat och observationer
Handledsfaktur. Giprommobillisering.

6. Aktivitetsbegränsning

Beskriv vad patienten inte kan göra på grund av sin sjukdom. Ange vad uppgiften grundas på.
Initialt gipsimmobiliseriad. Därefter belastningsrestriktioner i 3 månader. Höger (dominant hand) klarar ej uppgifter på minst 4-5 v. Därefter ej kraftgrepp, eller full belastning förän efter 12 v.

7. Medicinsk behandling

Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.
Gips

Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.
Rehabilitering

8. Min bedömning av patientens nedsättning av arbetsförmågan

	I från och med (år, månad, dag)	I till och med (år, månad, dag)
<input checked="" type="checkbox"/> 100 procent	2024-02-26	2024-04-27
<input type="checkbox"/> 75 procent		
<input type="checkbox"/> 50 procent		
<input type="checkbox"/> 25 procent		

Patientens arbetsförmåga bedöms nedsatt längre tid än den som Socialstyrelsens försäkringsmedicinska beslutsstöd anger, därför att

Resor till och från arbetet med annat färdmedel än normalt kan göra det möjligt för patienten att återgå till arbetet under sjukskrivningsperioden.

Kommer möjligheterna till återgång i arbete försämras om arbetstiden förläggs på annat sätt än att arbetstiden minskas lika mycket varje dag?
 Nej Ja. Fyll i nedan.

Beskriv de medicinska skälen till att möjligheterna till återgång i arbete försämras

9. Prognos för arbetsförmåga utifrån aktuellt undersökningstillfälle

- Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning efter denna sjukskrivning.
 Patienten förväntas kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom
 Patienten förväntas inte kunna återgå helt i nuvarande sysselsättning inom 12 månader.
 Återgång i nuvarande sysselsättning är oklar.

10. Här kan du ange åtgärder som du tror skulle göra det lättare för patienten att återgå i arbete

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Arbetsträning | <input type="checkbox"/> Ergonomisk bedömning | <input type="checkbox"/> Omfördelning av arbetsuppgifter |
| <input type="checkbox"/> Arbetsanpassning | <input type="checkbox"/> Hjälpmedel | <input type="checkbox"/> Övrigt |
| <input type="checkbox"/> Söka nytt arbete | <input type="checkbox"/> Konflikthantering | <input checked="" type="checkbox"/> Inte aktuellt |
| <input type="checkbox"/> Besök på arbetsplatsen | <input type="checkbox"/> Kontakt med företagshälsovård | |

Här kan du ange fler åtgärder. Du kan också beskriva hur åtgärderna kan underlätta återgång i arbete.

11. Övriga upplysningar

12. Kontakt med Försäkringskassan

<input type="checkbox"/> Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig.
Ange gärna varför du vill ha kontakt.

13. Underskrift

Datum	Läkarens namnteckning
2024-02-05	Elektroniskt signerad
Namnförtydligande	
Fredrik Sundström	
Befattning	Eventuell specialistkompetens
Övertäkare	
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod
SE162321000156-4DVQ	1784130311500
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.	
Vårdenhetens namn, adress och telefon	
Ortopedmottagning Arvika Sjukhuset i Arvika, 67180 Arvika 0108312185	

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på forsakringskassan.se.

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.