

## Läkarattest (ifylls av läkare)

### Försäkrad

Förnamn och efternamn	Personnummer
Adress	Telefon dagtid
Postnummer	Postadress

### Ifylls av läkare

Från vilket datum har ni fullständig journal för patienten?
Vilka symptom har patienten och när upptäcktes de?
När undersöktes patienten för dessa symptom för första gången?
Har patienten blivit behandlad/undersökt för samma symptom, sjukdom eller skada tidigare? Om "Ja" ange datum. <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Datum:
Vilken diagnos enligt ICD-systemet är fastställd?
När blev diagnosen fastställd?
Från vilket datum blev patienten sjukskriven? Ange även sjukskrivningsgrad. <b>Från och med (år, månad, dag)</b> <b>Till och med (år, månad, dag)</b> <input type="checkbox"/> 100 % <input type="checkbox"/> 75 % <input type="checkbox"/> 50 % <input type="checkbox"/> 25 %
Har patienten haft samma diagnos tidigare? Om "Ja" ange datum när patienten blev friskförklarad. (Med friskförklarad menas att patienten är 100% arbetsförmögen och inte sökt eller fått vård för denna åkomma/diagnos). <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej Datum:
Vilken läkare/specialistklinik har fastställt diagnosen?

Jag försäkrar att lämnade uppgifter är fullständiga och sanningsenliga.

Läkarens underskrift:	Namnstämpel/klinik och datum
Namnförtydligande:	