



Inför sjukskrivning

För att Försäkringskassan skall kunna bedöma din rätt till sjukpenning är det av största vikt att sjukintyget innehåller tillräcklig information om ditt sjukdomstillstånd och din nedsatta arbetsförmåga. Fyll därför i detta formulär före läkarbesöket så underlättar det din möjlighet till en korrekt bedömning.

Mer information om sjukskrivning och rätten till sjukpenning hittar du på www.forsakringskassan.se

Datum:	
Namn:	Personnr:
Arbetsgivare:	<input type="checkbox"/> Arbetslös
Handläggare på Försäkringskassan (namn och tel):	
Tjänstgöringsform: <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Vikariat <input type="checkbox"/> Timvikarie	Tjänstgöringsgrad (%)
Arbetstider: <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Skift	

Följande frågor är till för att få en uppfattning om på vilket sätt din sjukdom/skada påverkar din möjlighet att utföra arbete. Se följande sidor.

Allmänna frågor

1. Från vilket datum har du på grund av sjukdom/skada inte haft möjlighet att arbeta?

2. Beskriv kortfattat det aktuella sjukdoms-/skadeförloppet

3. Har du tidigare sjukdomar eller skador?

Frågor om dina aktuella besvär (F = Funktionsnedsättning)

1. Beskriv dina aktuella besvär eller sjukdomssymptom (t.ex. ont i axlar, sömnsvårigheter, nedstämdhet, oro, andningssvårigheter o.s.v.)

Frågor om dina möjligheter att arbeta (A = Aktivitetsnedsättning)

1. Ange ditt yrke och dina nuvarande arbetsuppgifter

2. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du fortfarande utföra trots din sjukdom/skada?

3. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du för närvarande INTE ALLS utföra?

4. VARFÖR kan du inte göra arbetsuppgifterna?

Ge tre konkreta exempel på saker du gör i ditt arbete och varför det inte fungerar!

Ange gärna graden av nedsättning (helt eller delvis) och om det är hela tiden eller bara ibland

1.

2.

3.

Min arbetsförmåga just nu

Datum:	
---------------	--

Gradera i procent för varje uppgift. Kryssa i rutorna: 0% = klarar inte alls, 100% = klarar fullt ut.
Ge exempel från det du gör på arbetet.

	0%	20%	40%	60%	100%	Exempel på det jag gör
Lyfta vrida bära	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan fysisk uppgift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Annan fysisk uppgift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitta vid dator och svara på mail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lyssna på människor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ta in annan information	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Planera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Fatta beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Koncentrera sig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hantera stressig situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lösa vanliga uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allmänt orka med	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Samla tankarna	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Komma ihåg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Vara yrkestrevlig mot folk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Följa riktlinjer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

5. Skulle du klara av att arbeta deltid? Om ja, i vilken omfattning?

--

6. Skulle du lättare kunna utföra arbete om det fanns tillgång till hjälpmedel eller om det gjordes förändringar på arbetsplatsen? Vilja hjälpmedel eller förändringar krävs i så fall?

--

7. Vilka förändringar har du själv gjort för att åstadkomma en förändring/förbättring?

--

Frågor om din vardag (ja, nej eller delvis)

1. Klarar du av att sköta din personliga hygien?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
2. Klarar du av att städa och laga mat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
3. Kan du köra bil?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
4. Kan du klara 30 minuters promenad?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
5. Kan du följa handlingen i ett TV-program/film 30 min eller mer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
6. Klarar du av att sitta vid en dator 30 min eller mer?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
7. Klarar du av att läsa tidningar/böcker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis
8. Får du tillräckligt med sömn?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Delvis

Övrigt