

## INVALIDITETSINTYG

Utlåtande om hälsotillstånd

### 1. PERSONUPPGIFTER

Skadenummer	Personnummer (åååå mm dd - nnnn)
Efternamn och tilltalsnamn	Utdelningsadress (gata, box, e d)
Postnr	Ort

### 2. BESKRIVNING

Här lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som för Svenska Läkemedelsförsäkringen kan vara av betydelse för bestämmandet av invaliditet.

Tidpunkt för olycks-/sjukdomsfallet

Diagnos på grund av olycks-/sjukdomsfallet (såväl på latin som på svenska)

.....

.....

.....

.....

.....

Tidigare sjukhistoria (ange särskilt t ex sjukdom som kan påverka arbetsförmågan/invaliditeten)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Subjektiva besvär

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Objektiva fynd (t ex mätning av rörelseomfång, kraft, längd och omkrets)

.....

.....

.....

.....

.....

Röntgenutlåtande

.....

.....

.....

.....

.....

Nu arbetsförmögen?

Nej  Ja, orsak / diagnos:

Sammanfattning (innefattande prognos)

.....

.....

.....

.....

.....

### 3. DELGIVNING

Får intyget lämnas ut till patienten eller dennes ombud?

Ja  Nej

### 4. UNDERSKRIFT

Ort	Datum (åååå mm dd)
-----	--------------------

Underskrift (läkarens namnteckning)

.....

Namnförtydligande

.....

## Svenska Läkemedelsförsäkringen AB

ETT BOLAG INOM LFF SERVICE AB, LÄKEMEDELSFÖRSÄKRINGEN

BESÖKSADRESS: Sveavägen 63, Stockholm  
POSTADRESS: Box 17608, 118 92 Stockholm  
TELEFON: 08-462 37 00 (vx)  
FAX: 08-462 02 92  
E-POST: [info@lakemedelsforsakringen.se](mailto:info@lakemedelsforsakringen.se)  
WEBB: [www.lakemedelsforsakringen.se](http://www.lakemedelsforsakringen.se)