

MEDICINSKT INVALIDITETSINTYG

Underlag för försäkringsmedicinsk bedömning

1. PERSONUPPGIFTER

Invaliditetsintyg beställt av:	Personnummer (åååå mm dd - nnnn)
Efternamn och tilltalsnamn	Skadenummer:

2. AKTUELL SKADA

Dotted lines for medical history/accident details.
--

3. MEDICINSK DIAGNOS

Dotted lines for medical diagnosis.

4. ÄR PATIENTEN KÄND SEDAN TIDIGARE?

Blank lined area for text entry.

5. FÖREKOMST AV ANDRA SJUKDOMAR, OLYCKSFALL ELLER SKADOR

Blank lined area for text entry.

6. NU AKTUELLA SYMPTOM

Blank lined area for writing current symptoms.

7. ANGE ALL AKTUELL MEDICINERING

Blank lined area for writing all current medication.

8. ARBETSFORMÅGA

Blank lined area for section 8.

9. STATUS

Blank lined area for section 9.

10. AKTUELL OCH EV. PLANERAD BEHANDLING ELLER UTREDNING

Lined area for section 10.

11. PROGNOIS

Lined area for section 11.

