

Personnummer

Skicka blanketten till
 Försäkringskassans inläsningscentral
 839 88 Östersund

Vad är förebyggande sjukpenning?

Förebyggande sjukpenning är en ersättning som patienten kan få om hen behöver avstå från arbete för att delta i medicinsk behandling eller rehabilitering.

Försäkringskassan behöver veta om

- patienten har en förhöjd sjukdomsrisk
- sjukdomen riskerar att sätta ner arbetsförmågan
- behandlingen är lämpad att minska sjukdomsrisken.

Patienten ska först ansöka om att få sin behandlingsplan godkänd och bifoga det här läkarutlåtandet. Sedan ansöker patienten om ersättning för förlorad inkomst när hen har varit på sin behandling. Patienten ansöker lättast på forsakringskassan.se.

1. Patienten

Förnamn och efternamn	Personnummer (12 siffror)
-----------------------	---------------------------

2. Uppgifter om patientens arbete

Yrke	Arbetsuppgifter
------	-----------------

3. Fyll i diagnoser för sjukdom som innebär en risk för nedsatt arbetsförmåga

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						
	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>						

3.a Om ingen diagnos är fastställd, fyll i symptom som gör att patienten riskerar att få nedsatt arbetsförmåga**4. Beskriv hur patientens medicinska tillstånd skulle påverkas om hen inte får behandling**

72650101

5. Vilken behandling eller rehabilitering har du ordinerat?

--

5.a Beskriv utförligt innehållet i behandlingen

--

6. Beskriv hur behandlingen kan motverka att patientens arbetsförmåga blir nedsatt i framtiden

--

7. Under vilken period ska behandlingen pågå?

Från och med	Till och med
--------------	--------------

7.a Hur är behandlingen upplagd?

Här fyller du i hur många inplanerade behandlingstillfällen patienten har, hur många gånger i veckan patienten ska delta samt hur långt ett behandlingstillfälle är. Bifoga schema om det finns.

--

8. Fyll i var behandlingen kommer att genomföras

Ange vårdenhet och adressen om möjligt

--

9. När kommer effekterna av behandlingen att följas upp och av vem?

--

10. Underskrift

Datum (år, månad, dag)	Läkarens namnteckning
Namnförtydligande	
Befattning	Telefon
Vårdenhetens namn och adress	

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

Underskriften omfattar samliga uppgifter i intyget.