

**OBS! Spara blanketten på datorn och öppna den därefter i Adobe Reader.**  
**Detta för att hjälptexter ska visas och information i blanketten ska hanteras korrekt.**

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

**Vem kan få aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga?**

Aktivitetsersättning vid nedsatt arbetsförmåga är en tidsbegränsad ersättning för unga personer som har en nedsatt arbetsförmåga på grund av sjukdom, skada eller funktionsnedsättning. Man kan få ersättningen från juli det år man fyller 19 år fram till och med månaden innan man fyller 30 år.

Försäkringskassan bedömer arbetsförmågan i förhållande till förvärvsarbeten på hela arbetsmarknaden, alltså även till anställningar med anställningsstöd. Man kan få aktivitetsersättning om Försäkringskassan bedömer att arbetsförmågan är nedsatt med minst en fjärdedel under minst ett år.

Den som ansöker om aktivitetsersättning ska skicka med ett läkarutlåtande. I ett pågående sjukpenningärende kan också Försäkringskassan på eget initiativ begära ett läkarutlåtande från behandlande läkare.

**1. Utlåtandet är baserat på**

| datum (år, månad, dag)

- min undersökning av patienten
- journaluppgifter från den
- anhörigs/annans beskrivning av patienten
- annat

Ange vad annat är:

Jag har känt patienten sedan den

**2. Är utlåtandet även baserat på andra medicinska utredningar eller underlag?**

- Nej  Ja. Fyll i nedan.

Ange utredning eller underlag | datum (år, månad, dag)

Bifogas  Ja  NejFrån vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget? 

Ange ytterligare utredning eller underlag | datum (år, månad, dag)

Bifogas  Ja  Nej

Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

Ange ytterligare utredning eller underlag | datum (år, månad, dag)

Bifogas  Ja  Nej

Från vilken vårdgivare kan Försäkringskassan hämta information om utredningen/underlaget?

**3. Diagnos/diagnoser för sjukdom som orsakar nedsatt arbetsförmåga** 

	Diagnoskod enligt ICD-10 SE
När och var ställdes diagnosen/diagnoserna?	
Finns skäl till att revidera/uppdatera tidigare satt diagnos? <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja. Fyll i nedan. Beskriv vilken eller vilka diagnoser som avses	

**4. Bakgrund - beskriv kortfattat förlopp för aktuella sjukdomar**

--

**5. Funktionsnedsättning - beskriv undersökningsfynd och grad av funktionsnedsättning (lätt, måttlig, stor, total) inom relevanta funktionsområden** 

Intellektuell funktion <input type="text"/>
Övergripande psykosociala funktioner <input type="text"/>
Uppmärksamhet, koncentration och exekutiv funktion <input type="text"/>
Annan psykisk funktion <input type="text"/>

78010201

Sinnesfunktioner och smärta <input type="text"/>
Balans, koordination och motorik <input type="text"/>
Annan kroppslig funktion <input type="text"/>

**6. Aktivitetsbegränsningar - beskriv vad patienten har svårt att göra på grund av den eller de funktionsnedsättningar som beskrivs ovan**

Ge konkreta exempel

--

**7. Medicinsk behandling**

Avslutade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange under vilka perioder de pågick och vilka resultat de gav. Ange även erbjudna men inte genomförda/avböjda behandlingar/åtgärder.
Pågående medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.
Planerade medicinska behandlingar/åtgärder. Ange vad syftet är och om möjligt tidplan samt ansvarig vårdenhet.
Substansintag (ordinerade läkemedel och övriga eventuella substansintag, exempelvis narkotika eller överkonsumtion av alkohol)

**8. Medicinska förutsättningar för arbete**

Hur bedömer du att patientens medicinska förutsättningar för arbete, helt eller delvis, kan utvecklas över tid? Beskriv även om det finns medicinska skäl till särskilda arbetstider.

Beskriv vad patienten kan göra trots sin sjukdom eller sina begränsningar

Beskriv eller lämna gärna förslag på vad som kan underlätta för patienten att komma ut i arbete

**9. Övriga upplysningar****10. Kontakt med Försäkringskassan** 

Jag önskar att Försäkringskassan kontaktar mig

Ange gärna varför du vill ha kontakt

**11. Underskrift**

Datum	Läkarens namnteckning	
Namnförtydligande		
Befattning	Eventuell specialistkompetens	
Läkarens HSA-id	Arbetsplatskod	
Läkarens personnummer. Anges endast om du som läkare saknar HSA-id.		
Vårdenhetens namn, adress och telefon		

Läs mer om Försäkringskassans behandling av personuppgifter på [forsakringskassan.se](http://forsakringskassan.se).

Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.



Personnummer

78010501



Personnummer

78010601