Medicinskt invaliditetsintyg

**Invaliditetsintyg beställt av**

**Avseende**

**Personnummer**

**Skadenummer**

**1. Aktuell skada**

**2. Medicinska diagnoser**

**3. Är patienten känd sedan tidigare?**

**4. Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador**

**5. Nu aktuella symtom och funktionsnivå**

**6. Ange all aktuell medicinering**

**7. Arbetsförmåga**

**8. Status**

**9. Aktuell och ev. planerad behandling eller utredning**

**10. Prognos**

**11. Övrigt**

**12. Plats och datum för Din undersökning**

**Adress**

**Telefon**

**E-post**

**Underskrift och datum**

**Namnförtydligande**

**Observera att intyget ska skickas till beställande försäkringsbolag.**