

# Medicinskt invaliditetsintyg

Underlag för försäkringsmedicinsk bedömning

Invaliditetsintyg beställt av:		Personnummer:	
Avseende:		Skadenummer:	
<b>1.</b>	<b>Aktuell skada</b>		
<b>2.</b>	<b>Medicinska diagnos</b>		

# Medicinskt invaliditetsintyg

3.	Är patienten känd sedan tidigare?
4.	Förekomst av andra sjukdomar, olycksfall eller skador

# Medicinskt invaliditetsintyg

5.	Nu aktuella symptom
6.	Ange all aktuell medicinering

# Medicinskt invaliditetsintyg

<b>7.</b>	<b>Arbetsförmåga</b>
<b>8.</b>	<b>Status</b>

# Medicinskt invaliditetsintyg

9.	Aktuell och ev. planerad behandling eller utredning

# Medicinskt invaliditetsintyg

10.	Prognos
11.	Övrigt

# Medicinskt invaliditetsintyg

<b>12.</b>	<b>Plats och datum för Din undersökning</b>	
	Adress	
	Telefon	E-post
	Underskrift och datum	Namnförtydligande

Observera att intyget ska skickas till beställande försäkringsbolag.