

Medicinskt invaliditetsintyg

Underlag för försäkringsmedicinsk bedömning

Invaliditetsintyg beställt av:		Personnummer:	
Avseende:		Skadenummer:	
1.	Aktuell skada		
2.	Medicinska diagnos		

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

7.	Arbetsförmåga
8.	Status

Medicinskt invaliditetsintyg

9.	Aktuell och ev. planerad behandling eller utredning

Medicinskt invaliditetsintyg

10.	Prognos
11.	Övrigt

Medicinskt invaliditetsintyg

12.	Mottagning/avdelning	
	Adress	
	Telefon	E-post
	Underskrift och datum	Namnförtydligande

Observera att intyget ska skickas till beställande försäkringsbolag.