|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PM att föreläggas medicinsk rådgivare** | **Sambandsfråga nr** |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| Handläggare |  |  | FK nr | Datum | Skada nr |
|  | | |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Ortoped |  | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | |
|  | Neurolog |  | | | | | | | | |
|  |  |  | | | | | | | | |
| Annan | Annan |  | | |  | | | | |
|  | |  | | | |
| Skadetyp Skadetyp |  | | | Skadedag | |  |
|  |  | | |  | |  |
| Den skadades namn | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Personnummer | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| Sysselsättning | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bilförare | | | Pass. fram | | | | Mopedist | | | | | | Fotgängare | MC-förare | | Pass. bak | | | Cyklist | | |  | |
| Övrigt, vad? | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Händelseförlopp** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnos (svensk benämning)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Datum för första vårdkontakt** | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Annan uppgift om första besvärsdebut** | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Skadedag** | | | | | **1:a läkarbesöket** | | | | | | | | **Tid för sjukskrivning** | | | | | | | | **Omfattning** | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | Fr o m | | | t o m | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | Fr o m | | | t o m | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | Fr o m | | | t o m | | | | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | |  | | |  | | | | |  | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Journaler från olyckstillfället och framåt bifogas | | | | | | | Om ”Nej”, ange orsak | |
| Ja | | Nej | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Finns uppgifter om liknande besvär före olyckan | | | | | | | Om ”Ja”, var i utredningen finns uppgifterna | |
| Ja | | Nej | | | | |  | |
|  | | | | | | | | |
| Journaler över sjukvårdskontakter före olyckstillfället bifogas | | | | | | | | |
| Ja | | Nej, ej aktuellt då ingen känd sjukvårdskontakt finns före skadan | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Nej, annan orsak? | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | |
| **Övrigt** | |
|  | | | | | | | | | |
| **Frågor till Medicinsk rådgivare** | | | | | | | | |
| Bedömningsunderlag enligt bilaga 1. Medicinsk och annan utredning för läkarbedömning. | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | 1. Är det klart mer sannolikt att uppgivna besvär har samband med det aktuella skadefallet? | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | | Vid ”nej” – vad talar för respektive mot ett samband? | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | | | | 2. Om samband föreligger - medicinsk invaliditet till följd av skadefallet? | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| Ev kommentarer | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Handläggare** | | | | | | | | | |
| Namn | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Medicinsk rådgivares bedömning** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **Medicinsk rådgivare** | | | | | | | | | |
| Datum | | | | | | | Namn | | |
|  | | | | | | |  | | |
| Medicinsk specialitet | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |