|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **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 |
|       |