



Inför sjukskrivning - AUTOANAMNES

För att försäkringskassan skall kunna bedöma din rätt till sjukpenning är det av största vikt att sjukintyget innehåller tillräcklig information om ditt sjukdomstillstånd och din nedsatta arbetsförmåga. Fyll därför i detta formulär före läkarbesöket så underlättar det din möjlighet till en korrekt bedömning.

Mer information om sjukskrivning och rätten till sjukpenning hittar du på www.huslakarnaosteraker.se samt www.forsakringskassan.se

Datum.....

Namn.....Personnummer.....

Arbetsgivare..... Arbetslös

Handläggare Försäkringskassan (namn & tel).....

Tjänstgöringsform Fast Vikariat Timvikarie Tjänstgöringsgrad (%)......

Arbetstider Dag Natt Skift

Följande frågor är till för att få en uppfattning om på vilket sätt din sjukdom/skada påverkar din möjlighet att utföra arbete.

ALLMÄNNA FRÅGOR

1. Från vilket datum har du på grund av sjukdom/skada inte haft möjlighet att arbeta?
2. Beskriv kortfattat det aktuella sjukdoms-/skadeförloppet
3. Har du några tidigare sjukdomar eller skador?



FRÅGOR OM DINA AKTUELLA BESVÄR (*F=funktionsnedsättning*)

1. Beskriv dina aktuella besvär eller sjukdomssymptom (t ex ont i axlar, sömnsvårigheter, nedstämdhet, andningssvårigheter osv)

FRÅGOR OM DINA MÖJLIGHETER ATT ARBETA (*A=Aktivitetsnedsättning*)

1. Ange ditt yrke och dina nuvarande arbetsuppgifter
2. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du fortfarande utföra trots sjukdom/skada?
3. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du för närvarande INTE ALLS utföra?



4. VARFÖR klarar du inte av att utföra ovanstående arbetsuppgifter?
(t ex pga nedsatt uthållighet, nedsatt kraft/rörlighet, svårighet att sitta/stå/gå/lyfta/bära)
OBS! Ge minst 3 exempel!

5. Skulle du klara av att arbeta deltid? Om ja, i vilken omfattning?

6. Skulle du lättare kunna utföra arbete om det fanns tillgång till hjälpmedel eller om det gjordes förändringar på arbetsplatsen? Vilka hjälpmedel eller förändringar krävs i så fall?

7. Vilka förändringar har du själv gjort för att åstadkomma en förändring/förbättring?

8. När tror du att du kan börja arbeta igen? Deltid eller heltid.



FRÅGOR OM DIN VARDAG (JA, NEJ eller DELVIS?)

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Klarar du av att sköta din personliga hygien? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 2. Klarar du av att städa och laga mat? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 3. Kan du köra bil? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 4. Kan du klara en halvtimmes promenad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 5. Kan du följa handlingen i ett TV-program/film
30 min eller mer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 6. Klarar du av att sitta vid en dator
30 min eller mer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 7. Klarar du av att läsa tidningar/böcker? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 8. Får du tillräckligt med sömn? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |

ÖVRIGT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....