Socialstyrelsen

Läkarintyg till socialnämnden
Datum 260830

En person behöver lämna läkarintyg om han eller hon på grund av sjukdom inte kan stå till arbetsmarknadens förfogande eller behöver avstå från anvisad praktik, kompetenshöjande verksamhet eller annan aktivitet inom den aktuella planeringen.

Personuppgifter

Patientens namn:	**Personnummer/samordningsnummer:**
Anna Exempel	19800101-XXXX

1. Intyget är baserat på

- [x] Min undersökning vid fysiskt vårdmöte (ÅÅMMDD) 260830
- [ ] Min undersökning vid digitalt vårdmöte (ÅÅMMDD)
- [ ] Min telefonkontakt med patienten (ÅÅMMDD)
- [x] Journaluppgifter från (ÅÅMMDD): 260830
- [ ] Annat, ange vad:

2. Patientens aktuella aktivitet

Det är personens uppgifter om aktivitet ligger till grund för den medicinska bedömningen. Du kan kryssa i flera alternativ.

Typ av aktivitet

- [ ] Arbetssökande/stå till arbetsmarknadens förfogande
- [x] Praktik, annan kompetenshöjande verksamhet eller aktivitet
- [x] Annat, ange vad:

Arbetsplatsförlagd aktivitet i second hand-butik. Uppgifter med sortering, uppackning, lättare kundkontakt samt stående och gång under större delen av passet.

Omfattning i timmar per vecka: 20

- [ ] Det föreligger inga uppenbara medicinska hinder för deltagande i aktuell aktivitet

Om du kryssar i denna ruta kan frånvaro från aktuell aktivitet inte rekommenderas på medicinska grunder. Vid behov kan kompletterande medicinsk information av betydelse för socialnämndens planering lämnas i intygsformuläret.

3. Diagnos/diagnoser som nedsätter förmågan att delta i aktivitet

- [ ] Diagnosen omfattas av smittskyddslagen

Ange diagnoskod och diagnos:

J18.9 Pneumoni, ospecificerad

SOCIALSTYRELSEN
106 30 Stockholm
Telefon 075-247 30 00
Fax 075-247 32 52
socialstyrelsen@socialstyrelsen.se
www.socialstyrelsen.se

4. Funktionsnedsättning

Ange vilka kroppsliga, psykiska eller kognitiva funktioner som är nedsatta till följd av patientens sjukdom

Pågående febril luftvägsinfektion med hosta, uttalad trötthet och andfåddhet vid lätt ansträngning. Nedsatt fysisk uthållighet och behov av återhämtning även efter kortare aktivitet.

Uppgifter som ligger till grund för bedömningen:

Ange även vem uppgiften kommer från, t.ex. egen observation, patienten själv eller uppgifter från annan vårdpersonal.

Grundas på patientens anamnes, läkarens kliniska undersökning vid dagens fysiska vårdmöte samt aktuella journaluppgifter.

5. Aktivitetsbegränsning i relation till aktivitet

Ange vad patienten bedöms ha svårt att göra till följd av sin sjukdom. Begränsningarna ska anges i relation till patientens aktuella aktivitet

Patienten bedöms för närvarande inte klara att delta i den planerade aktiviteten 20 timmar per vecka. Har svårt att stå och gå under längre stunder, genomföra sammanhängande arbetspass och upprätthålla tillräcklig uthållighet för sortering, uppackning och kundkontakt.

Uppgifter som ligger till grund för bedömningen:

Ange även vem uppgiften kommer från, t.ex. egen observation, patienten själv eller uppgifter från annan vårdpersonal.

Bedömningen grundas på patientens beskrivning av symtom och funktion samt läkarens undersökningsfynd vid dagens besök.

6. Kan deltagande i aktivitet försämra patientens sjukdom eller skada?

☑ Ja ☐ Nej

Om ja, beskriv i vilka situationer eller vid vilken typ av aktivitet risk för försämring kan föreligga:

Fysisk belastning och längre sammanhängande aktivitet under pågående febril infektion bedöms kunna öka symtombelastningen och fördröja återhämtningen.

7. Bedömning av medicinska skäl att helt eller delvis avstå från deltagande i aktivitet

☑ Hel frånvaro från aktivitet (ÅÅMMDD-ÅÅMMDD) 260830-260906

☐ Delvis frånvaro från aktivitet (ÅÅMMDD-ÅÅMMDD)

Om delvis frånvaro, ange omfattning som personen bedöms kunna delta: timmar per dag

☐ Kan delta i aktivitet under intygsperioden om aktiviteten anpassas utifrån de beskrivna aktivitetsbegränsningarna

8. Prognos för möjlighet att delta i aktivitet efter intygsperioden

☑ Förväntas kunna delta i aktuell aktivitet efter intygsperiodens slut

☐ Förväntas inte kunna delta i aktuell aktivitet efter intygsperiodens slut

☐ Kan inte bedömas vid undersökningstillfället

Om du kryssar i ruta 2 eller 3 vänligen ange din bedömning:

9. Medicinsk behandling och rehabilitering

Här anger du pågående och planerade medicinska behandlingar eller rehabiliterande åtgärder som kan påverka patientens möjlighet att delta i aktivitet

Medicinsk behandling är insatt. Patienten har fått råd om återhämtning och successiv återgång till normal vardagsaktivitet när feber och tydliga infektionssymtom avtagit. Ny medicinsk bedömning vid försämring eller utebliven förbättring.

10. Kontakt med socialtjänsten

☐ Jag önskar att socialtjänsten kontaktar mig

Kontaktuppgifter:

11. Utfärdare

Datum	**Läkarens namnteckning**
260830	Anna Sjöberg - EXEMPEL
Namnförtydligande	
Anna Sjöberg	
Befattning	**Eventuell specialistkompetens**
Leg. läkare	Specialist i allmänmedicin
Läkarens HSA-id	**Arbetsplats**
EXEMPEL-HSA-0001	Exempel vårdcentral
Vårdenhetens namn	**Vårdenhetens telefonnummer**
Exempel vårdcentral	000-000 00 00
Vårdenhetens adress	
Exempelgatan 1, 000 00 Exempelstad	