

Handläggare	Skadenummer
-------------	-------------

Den skadade

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
Utdelningsadress	Postnummer och ortnamn
Yrke/arbetsuppgifter	

Utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömningen av medicinsk invaliditet

Tidpunkt (för olycksfallet eller sjukdomsdebuten)	
Diagnos (latinsk och svensk)	
Patienten känd sedan tidigare? Hur länge har du känt patienten? Tillgång till tidigare journaler?	
Tidigare sjukhistoria (ange särskilt sjukdomar eller skador som har haft inverkan på synförmågan) Om synen var nedsatt före olycksfallet anges den tidigare synskärpan utan och med korrektion.	
Skade- och behandlingsförlopp	
Subjektiva besvär	

Fortsättning på nästa blad

Invaliditetsintyg ögonskada

Sida 2 (2)



Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer
----------------------------	--------------

Forts. Den skadade	HÖGER ÖGA	VÄNSTER ÖGA
Synfält (om defekt, bifoga synschablon)		
Ögonens nuvarande tillstånd (medier, ögonbotten, pupill, motilitet)		
Nuvarande synskärpa utan korrektion		
Nuvarande synskärpa med korrektion av glas (glasvärdet anges)		
Nuvarande synskärpa med fördragbar korrektion av glas (glasvärdet anges)		
Nuvarande synskärpa med fördragbar kontaktlins		
Har glasögon föreskrivits på grund av detta skadefall?		
Har kontaktlinser föreskrivits på grund av detta skadefall? Tolerans?		
Synrubbingar i övrigt (t ex dubbelseende, rörelseinskränkningar, tårflöde, bländning)		
Övriga uppgifter (fortsatt behandling, prognos etc)		

Läkarens underskrift

Ort och datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
---------------	---------------	-------------------

Försäkringstagarens/målsmans underskrift*

Ort och datum	Namnsteckning	Namnförtydligande
---------------	---------------	-------------------

*Genom att signera invaliditetsintyget försäkrar du att du har läst igenom det läkaren skrivit samt att de subjektiva besvär som finns beskrivna i intyget överensstämmer med de besvär som du upplever. Eventuell komplettering till intyget skickas in tillsammans med signerat intyg till

If Skadeförsäkring, P100, 106 80 Stockholm