

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 bedömandet av medicinsk invaliditet

Tidpunkt (för olycksfallet eller sjukdomsdebuten)	
Diagnos (såväl latinsk som svensk)	
Patienten känd sedan tidigare? Hur länge har du känt patient? Tillgång till tidigare journaler?	
Annan sjukhistoria (ange särskild, t. ex. sjukdom som kan påverka arbetsförmågan/invaliditeten)	
Subjektiva besvär (upplevda besvär)	

Fortsättning på nästa blad

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

Objektiva fynd (t. ex. mätning av rörelseomfång, kraft, längd och omkrets)	
Sammanfattning (inneliggande bedömning om överensstämmelse mellan subjektiva och objektiva besvär, förslag till lämpliga åtgärder samt prognos)	

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