

Undersökningsdatum

Den skadade

Förnamn och efternamn	Personnummer	Skadedatum
Adress	Yrke	
Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Om "Ja", bolagets namn	

Här lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömning av medicinsk invaliditet (bestående nedsättning av den skadades kroppsfunction ur medicinsk synpunkt)

1. Diagnos på grund av skadefallet (såväl på svenska som latin)	
2. Tidigare sjukhistoria (ange särskilt omständigheter som kan påverka kroppsfunctionen eller invaliditeten, till exempel sjukdom)	
3. Aktuell sjukhistoria (Ange aktuell medicinering)	
4. Aktuella subjektiva besvär i arbetet och under fritiden	

<p>5. Aktuella objektiva fynd, till exempel</p> <p>1) Rörelseinskränkning (ange gradtal)</p> <p>2) Kraftnedsättning (uppmätt med vigorimeter/dynamometer)</p> <p>3) Omkrets/atrofier (antal centimeter)</p>			
<p>6. Sammanfattning</p> <p>(med bedömning om subjektiva besvär och objektiva fynd överensstämmer, förslag till ev lämpliga åtgärder samt prognos)</p>			
<p>Bedömningen är gjord efter</p>	<p><input type="checkbox"/> Undersökning vid patientens besök</p>	<p><input type="checkbox"/> Egen kännedom om patienten</p>	<p><input type="checkbox"/> Journalhandlingar i patientens akt</p>
<p>Får Afa Försäkring lämna ut kopia av intyget till patienten eller dennes ombud?</p>		<p><input type="checkbox"/> Nej</p>	<p><input type="checkbox"/> Ja</p>

Läkarens underskrift

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning	Namnförtydligande
Specialitet	Vårdrättning/klinik	

Patientens underskrift

Datum för underskrift (åååå-mm-dd)	Namnteckning
------------------------------------	--------------