

Undersökningsdatum

**Den skadade**

Förnamn och efternamn	Personnummer	Ärendenummer
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 psykiska funktion ur medicinsk synpunkt)**

1. Diagnos p.g.a. skadefallet (såväl på svenska som latin)	
2. Tidigare sjukhistoria  Ange särskilt tidigare ohälsa/sjukdom och omständigheter som har eller kan ha haft inverkan på den psykiska hälsan. T.ex. ärfthighet, sociala förhållanden, tidigare behandling.	
3. Aktuell sjukhistoria  Ange aktuell psykisk status, medicinering, behandling och behandlingsresultat.	

4. Aktuella subjektiva besvär och hur dessa påverkar vardagslivet, arbetet, fritiden och sociala relationer.

5. Sammanfattning  
Prognos

Bedömningen är gjord efter  Undersökning vid patientens besök  Egen kännedom om patienten  Journalhandlingar i patientens akt

Får Afa Försäkring lämna ut kopia av intyget till patienten eller dennes ombud?

Nej  Ja

#### Läkarens underskrift

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

#### Patientens underskrift Jag har tagit del av detta intyg

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