

Undersökningsdatum

## Den skadade

Förnamn och efternamn	Personnummer (exempel: 601201-1234)	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 p g a skadefallet (såväl på svenska som latin)	
2. Tidigare sjukhistoria  (ange särskilt omständigheter som kan påverka kroppsfunctionen eller invaliditeten, t ex sjukdom)	
3. Aktuell sjukhistoria  (Ange aktuell medicinering)	
4. Aktuella subjektiva besvär i arbetet och under fritiden	

<p>5. Aktuella objektiva fynd, t ex</p> <p>1) Rörelseinskränkning (ange gradtal)</p> <p>2) Kraftnedsättning (uppmätt med vigorimeter/dynamometer)</p> <p>3) Omkrets/atrofier (antal cm)</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 <input type="checkbox"/> Undersökning vid patientens besök <input type="checkbox"/> Egen kännedom om patienten <input type="checkbox"/> Journalhandlingar i patientens akt <input type="checkbox"/></p>	
<p>Får AFA Trygghetsförsäkring lämna ut kopia av intyget till patienten eller dennes ombud? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja</p>	

### Läkarens underskrift

Datum (år, mån, dag)	Namnteckning	Namnförtydligande
Specialitet	Vårdrättning/klinik	

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

Datum (år, mån, dag)	Namnteckning
----------------------	--------------