

INTYG - Ögonskada

Undersökningsdatum

1. Den skadade	Förnamn och efternamn	Personnummer	Skadedatum
	Adress		
2. Intyg	Har intyg utfärdats till annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		Bolagets namn

Här lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömandet av medicinsk invaliditet (bestående nedsättning av den skadades sinnesfunktioner från medicinsk synpunkt)

3. Diagnos (på grund av skadefallet)	
4. Tidigare sjukhistoria (Ange särskilt sjukdomar eller skador som har haft inverkan på synförmågan.) Om synen var nedsatt före olycksfallet anges den tidigare synskärpan utan samt med korrektion.	
5. Skade- och behandlingsförlopp	
6. Aktuella subjektiva besvär i arbetet och under fritid	

Aktuella objektiva fynd

	HÖGER ÖGA	VÄNSTER ÖGA
7. Synfält (om defekt, var god bifoga synfältsschablon)		
8. Ögonens nuvarande tillstånd (medier, ögonbotten, pupill, motilitet)		
9. Nuvarande synskärpa utan korrektion		
10. Nuvarande synskärpa med korrektion av glas. Glasvärde anges.		
11. Nuvarande synskärpa med fördragbar korrigerig av glas. Glasvärde anges.		
12. Nuvarande synskärpa med fördragbar kontaktlinn		
13. Har glasögon föreskrivits p g a detta skadefall?		
14. Har kontaktlinser föreskrivits p g a detta skadefall?		
15. Synrubbingar i övrigt. (dubbelseende, rörelseinskränkning, tårflöde, bländning etc)		
16. Övriga uppgifter (fortsatt behandling, prognos etc)		
17. Sammanfattning (innefattande bedömning om överensstämmelse mellan subjektiva och objektiva besvär)		

18. Bedömning	Bedömningen är gjord på grundval av			Journalhandlingar i
	<input type="checkbox"/> Undersökning vid patientens besök	<input type="checkbox"/> Egen kännedom om patienten	<input type="checkbox"/>	patientens akt
19. Delgivning	Får kopia av intyget lämnas ut av AFA Försäkring till patienten eller dennes ombud?			<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja

Läkarens underskrift

Datum	Namnteckning	Namnförtydligande
Specialitet	Vårdrättning/klinik	

Patientens underskrift Jag har tagit del av detta intyg

Datum	Namnteckning
-------	--------------

Postadress	Besöksadress	Kundcenter	Telefon vx	Internet	Org-nr
AFA Försäkring 106 27 Stockholm	Klara Södra Kyrkogata 18	0771-88 00 99	08-696 40 00 Telefax 08-696 45 45	www.afaforsakring.se	516401-8615