

Datum

Ärendenummer

# Medicinskt utlåtande

Patientens namn

Personnummer/Samordningsnummer

Om patienten inte är känd ska hen styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29)

## Funktionsnedsättning

**1a)** Finns besvär på grund av sjukdom eller skada som medför funktionsnedsättning?

Med besvär avses sådant som påverkar psykiska, psykosociala eller kroppsliga funktioner.

Ja

Nej, gå vidare till fråga 3

**1b)** Beskriv de funktionsnedsättningar som framkommit vid undersökning. Om möjligt, ange varaktighet det vill säga om nedsättningar är permanenta eller övergående. Ange i så fall tidsangivelse vid övergående.

Exempel på nedsättningar:

- medvetenhet, uppmärksamhet, orienteringsförmåga
- social interaktion, agitation
- kognitiva störningar som exempelvis minnessvårigheter
- störningar på sinnesorganen; syn- och hörselnedsättning, balansrubbnings
- smärta i rörelseorganen
- rörelseinskränkning, rörelseomfång, smidighet
- uthållighet, koordination

Datum

Ärendenummer

**2a) Leder funktionsnedsättningarna till aktivitetsbegränsningar i relation till arbete eller studier?**

Aktivitet innebär personens möjlighet att genomföra en uppgift eller handling. Aktivitetsbegränsning ska bedömas utifrån de begränsningar personen har kopplat till att kunna söka arbete, genomföra en arbetsuppgift/arbetsuppgifter, kunna studera eller delta i aktivitet hos Arbetsförmedlingen.

- Ja  
 Nej

**2b) Om ja, ange vilka aktivitetsbegränsningar?**

Ge konkreta exempel på aktivitetsbegränsningar utifrån personens planerade insatser hos Arbetsförmedlingen eller personens möjlighet att söka arbete, genomföra en arbetsuppgift/arbetsuppgifter eller studera.

Till exempel;

- att ta till sig en instruktion
- att ta reda på och förstå muntlig eller skriftlig information
- att kunna fokusera
- att kunna bära eller lyfta
- att kunna hantera statiskt arbete

### Utredning och behandling

**3a) Finns pågående eller planerade utredningar/behandlingar som påverkar den planering som Arbetsförmedlingen har beskrivit i förfrågan?**

Till exempel remiss för bedömning eller åtgärd inom annan vårdenhet eller aktiviteter inom egna verksamheten.

- Ja  
 Nej

Datum

Ärendenummer

**3b)** Om ja, hur påverkar utredning/behandling planeringen? När planeras utredning eller behandling vara avslutad?

Utgå från Arbetsförmedlingens planerade aktiviteter och beskrivning av personen.

Ange förväntat resultat av utredning/behandling som ska genomföras i vården och när personen kan genomföra/delta i Arbetsförmedlingens planerade aktiviteter.

---

### Arbetets påverkan på sjukdom/skada

**4a)** Kan sjukdomen/skadan förvärras av vissa arbetsuppgifter/arbetsmoment?

Utgå från den beskrivning Arbetsförmedlingen har gjort av personen och Arbetsförmedlingens planerade aktiviteter.

- Ja  
 Nej

**4b)** Om ja, vilken typ av arbetsuppgift/arbetsmoment?

Utgå från Arbetsförmedlingens planerade aktiviteter och beskrivning av personen.

Exempelvis:

- arbete med armarna ovanför axelhöjd
  - arbete på höga höjder
  - skärmarbete vid dator över tid
  - statiskt arbete
-

Datum

Ärendenummer

**Fortsättning från föregående sida:**

**4b)** Om ja, vilken typ av arbetsuppgift/arbetsmoment?

Utgå från Arbetsförmedlingens planerade aktiviteter och beskrivning av personen.

Exempelvis:

- arbete med armarna ovanför axelhöjd
- arbete på höga höjder
- skärmarbete vid dator över tid
- statiskt arbete

**Övrigt**

**5)** Övrigt som Arbetsförmedlingen bör känna till?

Till exempel risker för försämring vid andra aktiviteter än de som Arbetsförmedlingen har beskrivit i förfrågan.

Datum	Namnteckning
Namnförtydligande	
Vårdenhet/Yrkesroll	

Utlåtandet skickas till adressuppgifterna som framgår i förfrågan.  
Faktureringsinformation hittar du i följebrevet till förfrågan.