

Bedömning inför aktivitets- och sjukersättning

För att försäkringskassan ska kunna bedöma din rätt till ersättning är det av största vikt att läkarutlåtandet innehåller tillräcklig information. Fyll i blanketten innan besöket för att öka möjligheten till korrekt medicinsk bedömning. Vid stöd med att fylla i formuläret ta gärna hjälp av någon som känner dig väl.

1. Namn:

2. Datum (ÅÅ-MM-DD):

3. Personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD):

4. Yrke och utbildning:

5. Arbetslös? Nej Ja

Från vilket datum? (ÅÅ-MM-DD)

6. Studerande? Nej Ja

Om ja, vad?.....

7. Har du någon gång arbetat i ett annat EU-land? Nej Ja

Om ja, var?..... När? (datum från-till).....

8. Arbetsgivare

9. Tjänstgöringsform? Fast/tillsvidare Vikariat Timvikarie

10. Tjänstgöringsgrad? Heltid Deltid

Om deltid, hur många procent? 25% , 50% , 75% , 100%

Om, annat ange i procent:

11. Arbetstider: Dag Natt Skift

12. Pågående sjukersättning? Nej Ja

Om ja, hur många procent?%

Från vilket datum? (ÅÅ-MM-DD).....

13. Pågående aktivitetsersättning? Nej Ja

Om ja, hur många procent?%

Från vilket datum? (ÅÅ-MM-DD)

14. Från vilket datum har du på grund av dina begränsningar/sjukdom/skada inte kunnat arbeta, alternativt klara dina studier?

(ÅÅ-MM-DD)

15. Finns det någon tidigare utredning gjord i samband med dina begränsningar/sjukdom/skada? Nej Ja

16. Har du en pågående kontakt i vården? Nej Ja

Om ja, ange vad, var och vem som är ansvarig?

.....
.....

17. Har du en pågående stödkontakt i kommunen? Nej Ja

Om ja, ange vad, var och vem som är ansvarig?

.....
.....

18. Har du tidigare ansökt om aktivitetsersättning? Nej Ja När?....

19. Har du tidigare ansökt om sjukersättning? Nej Ja När?.....

Aktuella problem (F = funktionsnedsättning)

1. Vilken sjukdom eller skada gör att du har en nedsatt arbetsförmåga? Ange vilken/vilka.

Välj aktuella problem, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

- Skada till följd av olycka
- Muskuloskeletala sjukdomar i rygg, armar, ben eller annan del av kroppen
- Smärta/stelhet
- Hjärt/kärlsjukdomar
- Luftvägssjukdomar
- Psykiska störningar
- Sjukdom i nervsystemet el öron, ögon
- Sjukdom i mage eller matsmältningsorgan
- Sjukdom i urinvägar eller könsorgan
- Hudsjukdom
- Tumör eller cancer
- Ämnesomsättningssjukdom
- Blodsjukdom
- Medfödd funktionsnedsättning
- Annan sjukdom eller funktionsnedsättning

- **Om ja på ovanstående fråga, ange vad:**

.....

2. Besvärsgrad för smärta/stelhet

Ange graden av problem med smärta och stelhet från 0 (=inget problem) till 4 (=totalt problem). Välj aktuella problem, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

	0 Inget problem	1 Lätt problem	2 Måttligt problem	3 Stort problem	4 Totalt problem
• Huvud/nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rygg/bäcken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Knän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Armbågar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Händer/fingrar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Annat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, ange var du har problem med smärta och eller stelhet

.....

3. Ange problem och svårigheter i din vardag

Välj aktuella problem, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

Ange graden av problem och svårigheter från 0 (=inget problem) till 4 (=totalt problem).

	0 Inget problem	1 Lätt problem	2 Måttligt problem	3 Stort problem	4 Totalt problem
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt koncentration/ uppmärksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planera uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Påbörja uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Avsluta uppgifter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Planera/strukturera dagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lära sig nya saker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utföra mer än en sak i taget	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunicera med andra ex. okända personer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förstå andra människors känslor/tankar/behov	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lösa problem/fatta beslut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0 Inget problem	1 Lätt problem	2 Måttligt problem	3 Stort problem	4 Totalt problem
Tidsuppfattning/ passa tider	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hantera förändringar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Samarbeta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stå emot impulser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hantera sinnesintryck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(sinnesintryck kan komma både inifrån kroppen och utifrån omvärlden, ex. ljus, ljud, lukt, smak, känsel, temperatur, kroppsläge, rörelse)					
Försörjning och ekonomi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaffa arbete	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Skaffa bostad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Söka vård	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se sammanhang och konsekvens av eget handlande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Förflytta sig, gå/cykla eller transportera sig med bil/buss/tåg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, ange vilket/vilka problem och svårigheter:

.....

4. Hur påverkas din vardag av dina besvär fysiskt, psykiskt och socialt?

Ange graden av problem från 0 (=inget problem) till 4 (=totalt problem). Välj aktuella problem, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

	0	1	2	3	4
	Inget problem	Lätt problem	Måttligt problem	Stort problem	Totalt problem
Fysiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Kan vara att inte klara vardagssysslor pga. svaghet, stekhet, värk, som ex. bära, lyfta, sköta hem, trädgård och barn)					
Psykiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Kan vara att ha oro, ångest, sömnsvårigheter som påverkar möjligheter till vardagsaktiviteter)					
Socialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Kan vara svårigheter att ta kontakt eller behålla kontakt med släkt och vänner, dra sig undan sociala kontakter på arbete och sociala medier)					

Frågor om din arbetsituation (A=aktivitetsnedsättning)

1. Om du har en sysselsättning/arbete, beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter

Kryssa för den grupp som stämmer bäst med de arbetsuppgifter du har, kan vara flera alternativ.

- Administration/arbetsledning/stillasittande
- Tunga arbetsuppgifter/frekventa lyft/industriarbete
- Transport
- Kundkontakt/handel
- Skog/natur/jordbruk
- Vård och omsorg
- Undervisning

Annat.....

2. Vad kan du göra trots dina problem?

Sittande:

30 minuter

1 timmar

≥2 timmar

Promenader:

1 km

2 km

3 km

4 km eller mer

Städa (ex mitt hem, bilen):

Nej

Ja

Handla:

Nej

Ja

Lyft:

2 kg

3 k g

5 kg

10 kg eller mer

Trädgårdsarbete:

Nej

Ja

Annat:

3. Finns det något som kan underlätta för dig för att vara kvar/återgå till ditt arbete?

Anpassade arbetsuppgifter

Anpassat schema/tider

Samtalsstöd

Stöd från chef

Stöd från arbetskamrater

Om annat, ange vad:.....

.....

4. Har du själv gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?

Detta kan vara förändringar på arbetet eller på fritiden, förändrade levnadsvanor (kost, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, sömn och stress).

Nej Ja

Om ja, vad?.....

5. Om du har ett arbete, har din arbetsgivare gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?

Som exempel samtalsstöd, företagshälsovård, anpassade arbetsuppgifter, anpassade arbetstider, införskaffat hjälpmedel, ergonomi.

Nej Ja

Om ja, vad?

.....

6. Har du någon gång under denna perioden haft/har kontakt med arbetsförmedlingen?

Nej Ja

Om ja, vad?

.....

.....

7. Tror du att du kan börja arbeta igen?

Nej Ja

8. Om ja på föregående fråga, kan du börja arbeta deltid eller heltid?

Heltid Deltid

Om deltid, hur många procent?..... %