

1. Uppgifter om den skadade

Namn	Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Adress (gatuadress, postnummer, ort)											
Undersökningsdatum (år, mån, dag)	Skadedatum (år, mån, dag)										

2. Intyg

Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange bolagets namn
--

Nedan lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömningen av medicinsk invaliditet (bestående nedsättning av den skadades kroppsfunction från medicinsk synpunkt).

3. Diagnos på grund av skadefallet (såväl på latin som svenska)

--

4. Tidigare sjukhistoria (ange särskilt omständigheter som kan påverka arbetsförmågan eller invaliditeten, till exempel sjukdom)

--

5. Aktuell sjukhistoria

--

6. Subjektiva besvär i yrke och under fritid

--

Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

7. Objektiva fynd

--

8. Sammanfattning (innefattande bedömning om överensstämmelse mellan subjektiva och objektiva besvär, förslag till eventuella åtgärder samt prognos)

--

9. Läkarens/tandläkarens underskrift

Ort och datum	Namnsteckning
Titel	Namnförtydligande
Vårdrättning samt i förekommande fall klinik	

Intyget skickas till: Patientförsäkringen LÖF, Box 17830, 118 94 Stockholm