

## Inför sjukskrivning - AUTOANAMNES

För att försäkringskassan skall kunna bedöma din rätt till sjukpenning är det av största vikt att sjukintyget innehåller tillräcklig information om ditt sjukdomstillstånd och din nedsatta arbetsförmåga. Fyll därför i detta formulär före läkarbesöket så underlättar det din möjlighet till en korrekt bedömning.

Mer information om sjukskrivning och rätten till sjukpenning hittar du på [www.cederkliniken.se](http://www.cederkliniken.se) samt [www.forsakringskassan.se](http://www.forsakringskassan.se)

Datum.....

Namn.....Personnummer.....

Arbetsgivare.....  Arbetslös

Handläggare Försäkringskassan (namn & tel).....

Tjänstgöringsform  Fast  Vikariat  Timvikarie Tjänstgöringsgrad (%)......

Arbetstider  Dag  Natt  Skift

Följande frågor är till för att få en uppfattning om på vilket sätt din sjukdom/skada påverkar din möjlighet att utföra arbete.

### ALLMÄNNA FRÅGOR

1. Från vilket datum har du på grund av sjukdom/skada inte haft möjlighet att arbeta?
2. Beskriv kortfattat det aktuella sjukdoms-/skadeförloppet
3. Har du några tidigare sjukdomar eller skador?

**FRÅGOR OM DINA AKTUELLA BESVÄR** (*F=funktionsnedsättning*)

1. Beskriv dina aktuella besvär eller sjukdomssymptom (t ex ont i axlar, sömnsvårigheter, nedstämdhet, andningssvårigheter osv)

**FRÅGOR OM DINA MÖJLIGHETER ATT ARBETA** (*A=Aktivitetsnedsättning*)

1. Ange ditt yrke och dina nuvarande arbetsuppgifter
2. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du fortfarande utföra trots sjukdom/skada?
3. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du för närvarande INTE ALLS utföra?

4. VARFÖR klarar du inte av att utföra ovanstående arbetsuppgifter?  
(t ex pga nedsatt uthållighet, nedsatt kraft/rörlighet, svårighet att sitta/stå/gå/lyfta/bära)  
**OBS! Ge minst 3 exempel!**
  
5. Skulle du klara av att arbeta deltid? Om ja, i vilken omfattning?
  
6. Skulle du lättare kunna utföra arbete om det fanns tillgång till hjälpmedel eller om det gjordes förändringar på arbetsplatsen? Vilka hjälpmedel eller förändringar krävs i så fall?
  
7. Vilka förändringar har du själv gjort för att åstadkomma en förändring/förbättring?
  
8. När tror du att du kan börja arbeta igen? Deltid eller heltid.

## FRÅGOR OM DIN VARDAG (JA, NEJ eller DELVIS?)

- |                                                                       |                             |                              |                                 |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Klarar du av att sköta din personliga hygien?                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 2. Klarar du av att städa och laga mat?                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 3. Kan du köra bil?                                                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 4. Kan du klara en halvtimmes promenad?                               | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 5. Kan du följa handlingen i ett TV-program/film<br>30 min eller mer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 6. Klarar du av att sitta vid en dator<br>30 min eller mer?           | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 7. Klarar du av att läsa tidningar/böcker?                            | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 8. Får du tillräckligt med sömn?                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |

## ÖVRIGT

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....