



Använd fortsättningsbladet som finns i slutet av blanketten om utrymmet i fälten inte räcker till.

Om du inte känner patienten ska han eller hon styrka sin identitet genom legitimation med foto (SOSFS 2005:29)

Skicka blanketten till
Försäkringskassans inläsningscentral
839 88 Östersund

Personuppgifter

Förnamn och efternamn Lars Philip Augusto Silvé			Personnummer (12 siffror) 20 020115-5439
Journaluppgifter från och med	Undersökningsdatum 20160217	Jag har kännedom om patienten sedan 20150925	Identitet styrkt genom: ☒ personlig kännedom ☐ identitetshandling
Sysselsättning/arbetsuppgifter Stud	Arbetsgivare		Arbetslös sedan

Uppgifter för Försäkringskassans bedömning

Utlåtandet bör belysa medicinska omständigheter som sätter ned arbetsförmågan vid sjukdom eller medfödd skada.

1 Vilka tidigare sjukdomar kan ha relevans för det nuvarande medicinska tillståndet?

-14:1 -årig kille med autism. Skolan fungerar väl, går i anpassad skolklass med bara två elever. Har själv en personlig assistent vid sin sida hela tiden. Har varit i Brasilien under dec/januari. Moder (är assistent) och assistent från Sverige har turats om att vara med honom. De beskriver att han fungerar väl, samtidigt beskrivs det 3 episoder där han rymt. Tillbaka till Sverige var han från början trött. Skolan sänkte kraven lite, fungerar därefter ganska bra. Har mycket anpassad skolgång. Har haft viss självskadebeteende där han slagit sig själv, dock mindre än tidigare.

2 Redogör för det nuvarande medicinska tillståndets förlopp fram till den senaste undersökningen. Ange även den vård och behandling som getts samt resultatet av denna.

Lars har ett medfött handikapp som på ett genomgripande sätt påverkar hans förmåga att klara sig själv samt kommunicera.

3 Status och objektiva undersökningsfynd på organnivå (funktionsnedsättning).

Pojke med ganska klassiska symtom/beteenden på en autistiskt syndrom. Psykiskt status: Dålig formell och emotionell kontakt. Medverkar ej, leker med leksaker i rummet. Enstaka ord som att han vill gå på toaletten.

4 Ange diagnos eller diagnoser som är orsaken till patientens nedsatta arbetsförmåga.

F840 Autism i barndomen
F701 Lindrig psykisk utvecklingsstörning, betydande beteendestörningar som krä

Diagnoskod enligt ICD-10
Huvuddiagnos först
Minst tre positioner

F840

5 Hur begränsar sjukdomen patientens förmåga/aktivitet på individnivå (aktivitetsbegränsning)?

På ett genomgripande sätt. Lars är ordentligt handikappad och behöver i princip ständig närvaro av annan för att det ska fungera. Lars har också börjat rymma, åkte tåg hela vägen till Linköping. Behöver ibland närvaro av två assistenter för att förhindra detta.

6 Återge kort hur patienten själv beskriver sina arbetshinder och återstående resurser.

Ej relevant.

7 Vilka insatser har gjorts för att kompensera patientens aktivitetsbegränsning? Finns det några andra planerade insatser som kan bidra till en ökad arbetsförmåga, till exempel träning, hjälpmedel eller annan rehabilitering? Ange i så fall tidsplan. Behövs en mer riktad bedömning av arbetsförmågan?

-

8 Finns det några andra faktorer som påverkar patientens möjligheter att arbeta?

-

9 Sammanfatta det medicinska tillståndet. Hur påverkar patientens hinder och resurser möjligheterna att arbeta? Finns det några begränsningar för vissa arbetsuppgifter?

Autistisk person som i stort behöver hjälp med allt.

10 Hur förväntas arbetsförmågan utvecklas på sikt? Ange i så fall när en förändring kan inträffa och på vilket sätt. Ange om prognosen skiljer sig för olika diagnoser?

Livslångt handikapp där en del förmågor såklart kan tränas upp, men Lars kommer behöva mycket hjälp hela sitt liv.

11 Övriga upplysningar, till exempel önskemål om avstämningsmöte.

12. Handikappersättning

Uppgifter för bedömning av eventuell rätt till handikappersättning.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sin egna personliga vård (hygien, toalettbesök med mera)? Ange i så fall på vilket sätt.

Ja, på ett genomgripande sätt. Lars behöver hjälp vid alla dagens rutiner.

Har sjukdomen eller funktionshindret konsekvenser för patientens förmåga att sköta sina dagliga sysslor som till exempel städning, tvätt och inhandling av varor? Ange i så fall på vilket sätt.

Ja. Klarar inget av ovanstående exempel.

Har sjukdomen eller funktionshindret medfört att patienten kan få betydande merutgifter för specialkost, hjälpmedel, förbrukningsmaterial som salvor och omlägningsmaterial eller något annat? Ange i så fall vad.

Har läkemedel för viss beteendestörning.

Underskrift

Läkarutlåtandet är utfärdat på begäran av :

☒ Försäkringskassan

☐ Arbetsförmedlingen

Datum

2016-02-17

Namnförtydligande, tjänsteställe

Pär Höglund (läk)

Barn- och ungdomspsykiatri
BUP - Solna
Råsundavägen 101
169 57 Solna

Läkarens namnteckning. Underskriften omfattar samtliga uppgifter i intyget.

Pär Höglund

Förskrivarkod och arbetsplatskod

15421931101

Vårdgivare

Namn		Personnummer/organisationsnummer
Adress		Postnummer och ort
Plusgironummer - endast privat vårdgivare		Bankgironummer - endast privat vårdgivare
☐ Begärt arvode - endast privat vårdgivare	☐ F-skattsedel	☐ A-skattsedel - endast privat vårdgivare

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

Personnummer
20 020115-5439

Efternamn och förnamn Lars Philip Augusto Silvén	
Läkarens namn Pär Höglund (läk)	Datum för utfärdandet

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

32001401