

0 Erklæringen gjelder

0.1 Arbeidsevnevurdering <input type="checkbox"/> ved sykefravær	0.2 Arbeidsavklaringspenger <input type="checkbox"/>	0.3 <input type="checkbox"/>	0.4 Uførepensjon <input type="checkbox"/>
---	---	---------------------------------	--

1 Opplysninger om pasienten og om arbeidsforhold

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer (11 siffer)	1.3 NAV-kontoret
1.4 Adresse, postnummer og poststed		1.5 Yrke
1.6 Arbeidsgiverens navn og adresse		1.7 Er pasienten kjent? <input type="checkbox"/> Er legitimasjon vist? <input type="checkbox"/>


2 Diagnose og sykdomsopplysninger

2.1 Hoveddiagnose(r)	2.1.1 Kode(r)	2.3 Kodesystem <input type="checkbox"/> ICPC = 1 <input type="checkbox"/> ICD-9 = 2 <input type="checkbox"/> ICD-10 = 3
2.2 Bi-diagnose(r)	2.2.1 Kode(r)	2.4 Helt arbeidsufør f.o.m.
2.5 Sykehistorie med symptomer og behandling		
2.6 Status presens (angi dato). Resultat av relevante undersøkelser		
2.7 Bør NAV-kontoret vurdere om det er en:	2.7.1 Yrkesskade/Yrkessykdom? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	2.7.2 Ev. skadedato

3 Plan for medisinsk utredning og behandling

3.1 Er pasienten henvist til	Utredning <input type="checkbox"/>	Spesifiser	3.1.1 Dato for henvisn.	3.1.2 Antatt ventetid (uker)
	Behandling <input type="checkbox"/>		Spesifiser	3.1.3 Dato for henvisn.
3.2 Utredningsplan. Oppgi planlagte undersøkelser og tidspunkt/varighet				
3.3 Behandlingsplan. Oppgi planlagt behandling og tidspunkt/varighet				
3.4 Ny vurdering av tidligere utrednings-/behandlingsplan				
3.5 Når er det hensiktsmessig, i forhold til utrednings- og behandlingsopplegget, at NAV-kontoret ber om nye legeopplysninger?				
3.6 Hvis videre behandling ikke er aktuelt, gi begrunnelse				

4 Forslag til tiltak utover medisinsk behandling

Er det ut fra en medisinsk vurdering aktuelt med noen av følgende tiltak nå?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hvilke? 	Ev. nærmere opplysninger
a. Kjøp av helsetjenester <input type="checkbox"/>	b. Reisetilskott i stedet for sykepenger/ arbeidsavklaringspenger <input type="checkbox"/>	c. Aktiv sykmelding <input type="checkbox"/>	d. Hjelpemidler på arb.plassen <input type="checkbox"/>	
e. Arbeidsavklaringspenger <input type="checkbox"/>	f. Friskmelding til arbeidsformidling <input type="checkbox"/>	g. Andre (hvilke?) <input type="checkbox"/>		
Hvis ja, oppgi ev. begrensninger i forhold til tiltak. Hvis nei, gi begrunnelse				

5 Medisinsk begrunnet vurdering av funksjons- og arbeidsevne

5.1 Beskriv hvordan funksjonsevnen generelt er nedsatt på grunn av sykdom					
5.2 Er pasienten:	<input type="checkbox"/> i inntektsgivende arbeid	<input type="checkbox"/> hjemmearbeidende	<input type="checkbox"/> student	<input type="checkbox"/> annet	Oppgi hva
Beskriv kort type arbeid og hvilke krav som stilles					
5.3 Vurdering av arbeidsevnen	Vil pasienten kunne		Nei	Ja	
a) gjenoppta det tidligere arbeidet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hvis ja
b) ta annet arbeid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nå
Etter behandling/tiltak					
5.4 a) Hva kan pasienten ikke gjøre i det nåværende arbeidet?					
b) Hvilke andre hensyn må eventuelt tas ved valg av annet yrke/arbeid?					

Etternavn, fornavn	Fødselsnummer (11 siffer)
--------------------	---------------------------

6 Prognose

a) Antas behandlingen å føre til bedring av arbeidsevnen?	↔	Ja	Nei
b) Anslå varigheten av sykdom, skade (ev. lyte)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Anslå varigheten av funksjonsnedsettelsen			
d) Anslå varigheten av den nedsatte arbeidsevnen			

7 Årsaksammenheng

Anslå hvor stor betydning funksjonsnedsettelsen har for at arbeidsevnen er nedsatt

8 Andre opplysninger

9 Samarbeid/Kontakt (9.1 Kryss av for den du ønsker NAV-kontoret skal ta kontakt med)

Behandl. lege	Arbeidsgiver	Basisgruppe	Annen instans	9.2 Ønsker du	Ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> (hvilken?)	kopi av vedtaket?	<input type="checkbox"/>

10 Forbehold

10.1 Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner?	Ja	Nei
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få vite		

11 Legens underskrift mv.

11.1 Dato, legens navn og adresse	
11.2 Legens underskrift	11.3 Telefonnr.

Legeerklæring ved arbeidsuførhet

Denne blanketten benyttes ved

- arbeidsevnevurdering ved sykefravær etter anmodning fra NAV-kontoret i sykepengeperioden
- krav om arbeidsavklaringspenger
- krav om uførepensjon

Nærmere informasjon

om bruk og utfylling av legeerklæringen fås ved henvendelse til NAV-kontoret, eller se www.nav.no.