

1. Uppgifter om den skadade

Efternamn och tilltalsnamn	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><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	Om ja, 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).
Om utrymmet i rutorna inte räcker till kan ytterligare text läggas till på sida 3-4.

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

--

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

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

6. Subjektiva besvär i yrke och under fritid

--

7. Objektiva fynd

--

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

--

Läkarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande
	Vårdinrättning samt i förekommande fall klinik

Intyget skickas till:

Löfs inläsningscentral, Box 334, 151 24 Södertälje

Telefon: 08-551 010 00, Hemsida: www.lof.se

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

Eventuell fortsättning från föregående punkt/punkter

(Om utrymmet i tidigare rutor inte räcker till kan beskrivningarna från tidigare punkt/punkter fortsätta här nedan. Ange gärna vilken punkt/punkter (siffra plus rubrik) som fortsättningen gäller.)

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

Eventuell fortsättning från föregående punkt/punkter

(Om utrymmet i tidigare rutor inte räckte till kan beskrivningarna från tidigare punkt/punkter fortsätta här nedan. Ange gärna vilken punkt/punkter (siffra plus rubrik) som fortsättningen gäller.)