

LÄKARINTYG

för utredning i ärende enligt lagen
(1994:261) om fullmaktsanställning

Detta formulär ska användas av läkare som Socialstyrelsen på begäran av Statens ansvarsnämnd utser enligt 17 § anställningsförordningen (1994:373) för att utföra läkarundersökning av arbetstagare som är anställda med fullmakt hos myndighet under regeringen.

Enligt 11 § lagen (1994:261) om fullmaktsanställning får beslutas att en arbetstagare ska undersökas av läkare som anvisas honom, om arbetstagaren inte fullgör sina arbetsuppgifter tillfredsställande och det är sannolikt att den bristande arbetsförmågan beror på sjukdom eller något jämförligt förhållande.

Till

Statens ansvarsnämnd**Personuppgifter för den som intyget avser**

Efternamn		Förnamn	
Personnummer	Identiteten styrkt genom		
Yrke/titel		Telefon (inkl. riktnummer)	

Intygspersonens arbetsgivare

Arbetsgivarens namn		
Utdelningsadress	Postnummer	Postort

Underlag för bedömningen

Anamnes

Patientuppgifter

Efternamn	Förnamn
Personnummer/samordningsnummer	

Underlag för bedömningen (forts.)

Nuvarande häsofillstånd

Utlåtande

<p>Jag intygar att jag har en oberoende ställning i förhållande till intygspersonen. Efter utredning baserad på inhämtade uppgifter och undersökning av</p> <p>.....</p> <p>(Intygspersonens namn) har jag funnit att</p> <p><input type="checkbox"/> han/hon för framtiden, på grund av förlust eller nedsättning i arbetsförmågan som beror av sjukdom, är oförmögen att tillfredsställande fullgöra arbetsuppgifterna i sin fullmaktsanställning.</p> <p><input type="checkbox"/> han/hon är förmögen att tillfredsställande fullgöra arbetsuppgifterna i sin fullmaktsanställning.</p>
--

Den intygsutfärdande legitimerade läkarens underskrift

Namnteckning	Ort och datum
Namnförtydligande	Befattning
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post

Uppdragsgivande vårdenhet		
Adress	Postnummer	Postort
Telefon (inkl. riktnummer)	E-post	