

## 1. Uppgifter om den skadade

Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer, år (4 siffror), mån, dag, nummer <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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).

## 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:  
LÖF, Box 17830, 118 94 Stockholm  
Telefon: 08-551 010 00, Hemsida: [www.lof.se](http://www.lof.se)