

Undersökningsdatum

Den skadade	Efternamn och tilltalsnamn	Personnummer (år, mån, dag, nr)	Skadedatum (år, mån, dag)
	Adress		
Intyg	Har intyg utfärdats för annat försäkringsbolag <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja		
Om "Ja", bolagets namn			
Här lämnas utförlig beskrivning av de omständigheter som kan vara av betydelse för bedömandet av medicinsk invaliditet (bestående nedsättning av den skadades kroppsfunction från medicinsk synpunkt)			
Diagnos p.g.a. skadefallet (såväl på latin som svenska)			
Tidigare sjukhistoria (Ange särskilt omständigheter som kan påverka arbetsförmågan eller invaliditeten, t.ex. sjukdom)			
Aktuell sjukhistoria			

Subjektiva besvär i yrke och under fritid	
Objektiva fynd	
Sammanfattning (innefattande bedömning om överensstämmelse mellan subjektiva och objektiva besvär, förslag till ev lämpliga åtgärder samt prognos)	

Läkarens underskrift

Ort och datum	Namnteckning
	Namnförtydligande