

Vedlegg 2. Fire legeerklæringsskjema

UFØRETRYGD LEGEERKLÆRING SKJEMA UII - L 3	Vedlegg 2A: 1960-skjemaet	T.K. LØPENR. _____ MOTTATT DATO _____
Dette skjema befyttes for pasienter som er varig arbeidsuføre og andre som er varig uføre og ikke vil kunne yte mer enn en tredjedel av normal arbeidsinnsats på et arbeidsområde som høver for dem. Legeerklæringen sendes til trygdekassen i lukket konvolutt.		
Pasientens etternavn/fornavn _____		Fødselsdag og år _____
Adresse _____		Stilling/Yrke _____

1.	Årsakene til den nedsatte arbeidsførhet.	
a	Hovedårsaken til den nedsatte arbeidsførhet. Klinisk etiologisk hoveddiagnose på norsk og latin.	
b	Medvirkende medisinske årsaker til pasientens arbeidsuførhet. Diagnoser på norsk og latin.	
2.	Sykehistorien.	
a	Oppgi når sykdommen(e) (skaden/lytet) oppsto og hvordan tilstanden senere har utviklet seg. Er det opplysninger om tidligere sykdommer hos pasienten, eller arvelige sykdommer i pasientens slekt, som har betydning for pasientens tilstand eller for attføring, bes disse opplyst.	
b	Gi en kort oversikt over den behandling pasienten har fått av kirurgisk, medisinsk, ortopedisk, fysikalsk eller psykiatrisk art.	
c	Oppgi hvilke leger eller sykehus som har behandlet pasienten og året for eventuelle sykehusopphold.	
d	Hvor lenge har De kjent eller behandlet pasienten?	
3.	Pasientens subjektive klager.	
a	Hvilke symptomer oppgir pasienten som viktigste årsaker til den nedsatte arbeidsførhet?	
b	Eventuelle andre symptomer som pasienten klager over.	

Bilag til «Tidsskrift for Den norske lægeforening» nr. 23 for 1960.
 Fastsatt av Rikstrygdeverket (september 1960).

Den nåværende tilstand. Objektive funn og symptomer. (Se vegledningen).

Dersom det ikke er nok plass på denne siden, vedlegges et ekstra ark med resten av status presens.

5.	Fysiske ferdigheter.	
a	Er pasienten selvhjelpen i dagliglivet? Kan pasienten spise, kle av og på seg, legge seg, vaske seg, gå på do, eller må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
b	Kan pasienten røre seg innendørs, — lett eller vanskelig? Kan pasienten stille seg mot selv? Må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
c	Kan pasienten røre seg utendørs, — lett eller vanskelig? Kan pasienten gå ærender, eller må pasienten ha hjelp til noe av dette?	
d	Kan pasienten gå trapper, — lett, vanskelig eller ikke?	
e	Pasientens ferdighet i hender og fingre: Normal, nedsatt eller manglende kraft og brukbarhet av v. og h. hånd.	
f	Andre innskrenkninger i førligheten: Kan pasienten stå, løpe, bøye seg, sitte på huk, løfte, bære, kaste, banke?	
g	Nytter pasienten protese, støttebandasje, ortopedisk skotøy, andre teknisk-ortopediske hjelpemidler, stoler, krykker, korsett, — stadig eller bare under arbeid? Brukes høreapparat? Er pasienten avhengig av rullestol?	
6.	Vurdering av tilstanden og mulighetene for behandling.	
a	Prognostisk: Er tilstanden nå forbigående, varig eller progredierende? Er den medisinske behandling slutt? Når sluttet den?	
b	Er pasienten fortsatt helt arbeidsufør eller delvis arbeidsufør i sitt nåværende yrke?	
c	Er den nåværende sykdom (skade/lyte) den umiddelbare årsak til at pasienten ikke er i arbeid?	
d	Utsiktene ved fortsatt behandling: Kan tilstanden bedres ved fortsatt eller ved annen behandling av kirurgisk, medisinsk, ortopedisk, fysikalsk eller psykiatrisk art? Hva slags behandling mener De i så fall bør foretas? Bør pasienten innlegges på sykehus, eller undersøkes av (annen) spesialist?	
e	Må pasienten stadig bruke legemidler? Oppgi i så fall disse medisiners art. F. eks. insulin ved diabetes, anti-epileptiske midler ved epilepsi o.s.v.	
f	Kan pasientens arbeidsfærhet bedres ved nyanskaffelse eller reparasjon av protese, bandasje, ortopedisk skotøy, annet ortopedisk hjelpemiddel eller kjeretøy for invalider?	
g	Svarer de objektive funn til pasientens klager? Er det åpenbare nevrotiske tilleggssymptomer? Overdriver eller simulerer pasienten sin tilstand?	

7.	Pasientens muligheter for arbeid og attføring fra medisinsk synspunkt. a Er det foretatt noen form for attføring? Opphold i fysisk medisinsk avdeling eller sykehus, sosialmedisinsk avdeling, avdeling for arbeidstrening, statens attføringsinstitutter, attføringskole, vernet industri, annen institusjon for arbeidstrening, opplæring eller omskoling? Har det vært forsøkt med arbeidsplassering gjennom arbeidskonsulent? Hvis det ikke er gjort forsøk på attføring bes årsaken til dette oppgitt. Er det foretatt slikt forsøk bes det gitt opplysning om institusjonens art og navn, når oppholdet skjedde og resultatet av oppholdet?	
	b Finner De det sannsynlig at slike tiltak kan bidra til å gjøre pasienten arbeidsfær i andre og helsemessig sett høvelige yrker eller arbeidsområder?	
	c Hvilke tiltak vil De i så fall foreslå? Fysisk-medisinsk behandling, trening, arbeidstrening, yrkesveiledning, hjelp til plassering i arbeid, omskoling eller annen kvalifiserende opplæring, hjelp til hjemmearbeid, plassering i vernet sysselsetting, økonomisk hjelp til egen virksomhet o.s.v.	

8.	Andre opplysninger som kan ha betydning for vurderingen av pasientens muligheter i arbeidslivet.
----	--

Legens underskrift: Legeerklæringen kan være gitt av a) praktiserende lege etter personlig undersøkelse eller b) lege ved sykehus eller institusjon for medisinsk eller yrkesmessig attføring. Stryk det som ikke passer nedenfor.

Denne legeerklæring er gitt på grunnlag av:			
A.	Undersøkelser foretatt av undertegnede lege, den	/	19
B.	Undersøkelser foretatt i (institusjonens navn):		
	under opphold fra	/	19
	til	/	19
Sykehusets/legens stempel	Legens underskrift	Sted og dato	

Vedlegg 2B: 1968-skjemaet

FOLKETRYGDEN

LEGEERKLÆRING

Attføringshjelp, uførepensjon,
grunnstønad, hjelpestønad

FYLLES UT MED SKRIVEMASKIN

OM UTFYLLINGEN SE RIKSTRYGDEVERKETS
BROSJYRE „EN VEILEDNING FOR LEGER“

Pasientens etternavn, fornavn	Født (dag, måned, år)
Arbeid/yrke	Trygdekontorets

1 Diagnose	Hovedårsak til den aktuelle uførhet		
	Annen sykdom eller skade eller annet lyte av betydning for den aktuelle uførhet (den viktigste diagnose først)		
Hvis disse spørsmål er besvart i tidligere legeerklæring, er det nok å vise til denne og bare skrive om det nye som er kommet til	Hvor lenge har De kjent pasienten?	Når ble pasienten første gang undersøkt av Dem for den aktuelle uførhet?	Dato
	Tidligere undersøkt av lege for den aktuelle uførhet? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi legens navn og, hvis mulig, tidspunkt for første undersøkelse	
	Tidligere innlagt i sykehus for den aktuelle uførhet? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi sykehus og avdeling og, hvis mulig, tidsrom for siste opphold	
	Har psykiske forhold hatt betydning for den aktuelle uførhet? ☐ Ja ☐ Nei	Har sosiale forhold hatt betydning for den aktuelle uførhet? ☐ Ja ☐ Nei	
	Hvis legeerklæring er avgitt tidligere, oppgi om tilstanden nå er ☐ bedre ☐ verre ☐ uforandret		
	Når sykdom, skade eller lyte oppstod. Hvordan tilstanden seinere har utviklet seg. Tidligere sykdom, skade eller lyte og psykiske eller sosiale forhold av betydning for den aktuelle uførhet. Lege- og sykehusbehandling hittil		
2 Sykehistorie og behandling hittil			
Hvis det ikke er plass til sykehistorien på denne siden, vedlegges et ekstra ark			

R T V blankett 5.05. 12-68 H.J. Risan Ectf.

AKTUELLE SUBJECTIVE SYMPTOMER. Symptomer eller lyter som pasienten mener har nedsatt arbeidsevnen. Andre subjektive symptomer pasienten oppgir

OBJEKTIVE FUNN.

Høyde	Vekt	Blodtrykk	Urin	
Hb	SR	Pirquet	Protein	Sukker

Resultater av laboratorieundersøkelser, røntgenundersøkelser hos behandlende lege eller resultater som kjennes fra epikriser fra sykehus, spesialister eller laboratorier. Somatiske og psykiske symptomer, personlighetsmessige særtrekk, evnenivå og aldersendringer som måtte ha innvirkning på funksjonsevnen og utførelsesmulighetene

3'

Status
praesens

Hvis det ikke er
plass til status
praesens på denne
siden, vedlegges et
ekstra ark

Stemmer de subjektive symptomer
med de objektive funn?

☐ Ja

☐ Nei

Hvis nei, gjør rede for uoverensstemmelsen

		FYSISKE FERDIGHETER							
3	Mangler ved de fysiske ferdigheter m.v. må oppgis uansett årsak	Er nedenfor nevnte ferdigheter normale? ☐ Ja ☐ Nei Hvis nei, sett X i kolonnen som passer							
		Pasienten kan uten hjelp		Vanskelig	Nei	Pasienten kan uten hjelp		Vanskelig	Nei
		stå				stille tøy			
		gå innendørs				vaske golv			
		gå i trapper				gjøre storrengjøring			
		gå utendørs				spise			
		løpe				stå opp, legge seg			
		bøye seg				kle av og på seg			
		sitte på huk				vaske seg			
		løfte, bære				bade			
		skru av og på (brytere, vannkråner)				gå på do			
		skjære, banke, sage				lese			
		lage mat				skrive			
		vaske opp				greie seg om dagen			
		vaske klær				greie seg om natten			
		Fortsettelse av status, praesens	SPESIELLE HJELPEMIDLER						
			Må pasienten bruke spesielle hjelpemidler? ☐ Ja ☐ Nei Hvis ja, sett X i ruten som passer: ☐ Protese ☐ Støttebandasje						
			☐ Ortopedisk ☐ Rullestol						
			☐ Korsett ☐ skotøy ☐ Krykke ☐ Høreapparat ☐ uten hjelp ☐ Rullestol med hjelp						
			Andre hjelpemidler						
FYLLES UT VED LUNGE- OG/ELLER HJERTESYKDOMMER									
Del oppstår dyspné ved									
gange i lange trapper, bakker, i skog og mark- sammen med friske i samme alder									
gange i kort slak motbakke, kort trapp (én etasje), på flat vei i vanlig tempo- sammen med andre									
gange i langsomt eget tempo på flat vei noen hundre meter									
gange i langsomt tempo innendørs ved daglige gjøremål (av- og påkledning)									
4	FYLLES UT VED SYNSSVEKKELSE								
	Synsevne		Høyre øye	Venstre øye	Må pasienten bruke briller?				
	Synstyrke uten glass				☐ Ja ☐ Nei				
	Synstyrke med korrigerende glass								
	Glassenes styrke i dioptrier								
	Fingertelling mot mørk bakgrunn (oppgis i meter)				Har pasienten gangsyn utendørs?				
	Synsfelt (Donders metode)				☐ Ja ☐ Nei				
	Er behandlingen/attføringen avsluttet? ☐ Ja ☐ Nei Hvis ja, oppgi når- og besvar i så fall ikke de øvrige spørsmål under pkt. 4								
	Antas behandling hos (annen) spesialist								
	å kunne bedre tilstanden? ☐ Ja ☐ Nei Hvis ja, oppgi spesialitetens art								
5	Arbeids-uførheten/ arbeidsevnen	Bør pasienten innlegges i sykehus/attføringsinstitusjon? ☐ Ja ☐ Nei Hvis ja, oppgi når							
		Er det søkt om plass? ☐ Ja ☐ Nei							
		Hvis pasienten bør innlegges, oppgi sykehusets/attføringsinstitusjonens art (navn)							
		Fortsatt medisinsk behandling/medisinsk attføring og antatt varighet							
		Er pasienten samarbeidsvillig? ☐ Ja ☐ Nei							
		Må pasienten stadig bruke legemidler? Hvis ja, oppgi hvilke							
		☐ Ja ☐ Nei							
		Pasienten har på helt arbeidsufør (fra-til) delvis arbeidsufør (fra-til)							
		grunn av den aktuelle uferhet vært							
		Er pasienten fortsatt arbeidsufør? ☐ Ja, helt ☐ Ja, delvis ☐ Nei							
Antas pasienten å kunne gjenoppta sitt tidligere arbeid? ☐ Ja, helt ☐ Ja, delvis ☐ Nei									
Når antas pasienten å kunne begynne i arbeid igjen? ☐ I fullt arbeid fra ☐ I delvis arbeid fra									
Er pasienten varig arbeidsufør i det vanlige arbeidsliv? ☐ Ja ☐ Nei									

FYLLES UT BARE HVIS DET ER BEHOV FOR ATTJØRING		
6 Muligheter for attjØring fra medisinsk synspunkt	Er det nØdvendig med funksjonstrening, arbeidstrening, opplØring, spesielle attjØrings- tiltak, psykisk aktivisering eller annen gradvis tilpassing som ikke er nevnt i pkt.2? ☐ Ja ☐ Nei Hvis ja, oppgi hvilke tiltak	
	Må det tas spesielle omsyn under opplØring/ arbeids- plassering? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi hvilke omsyn
	Antas endringer i miljØforhold å kunne bedre mulighetene for attjØring? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi hvilke endringer
	BØr pasienten rØdijØre seg med arbeidskontor/arbeidskonsulent? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi nØr dette bØr skjØ
	Er pasientens innstilling til attjØring positiv? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis nei, oppgi hvorfor
	Foreligger det planer for attjØring? ☐ Ja ☐ Nei	Hvis ja, oppgi hvilke-og om planene antas å vØre realistiske
7 Tilleggs- opplysninger		
8 Foretatte undersØkelses	Denne legeerklØ- ring er gitt pØ grunnlag av undersØkelses foretatt av:	Behandlerne lege (navn) ☐ Dato Spesialist (navn og spesialitet) ☐ Dato Institusjon (navn) ☐ Dato
9 Forbehold	Er det noe i legeerklØringen pasienten av medisinske grunner ikke bØr fØ kjennskap til? ☐ Ja ☐ Nei Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bØr fØ kjennskap til	
10 Underskrift	Sted Stempel og underskrift	Dato Bankgiro nr. Postgiro nr.

**FOLKETRYGDEN****Vedlegg 2C: 1991-skjemaet****LEGEERKLÆRING VED
KRAV OM UFØREPENSJON**

For at en søker skal ha rett til uførepensjon, må arbeidsevnen være **varig** redusert med minst halvparten. Reduksjonen må i **vesentlig grad** skyldes sykdom, skade eller lyte. Dette innebærer at det ikke foreligger rett til uførepensjon dersom den reduserte arbeidsevnen i hovedsak skyldes for eksempel arbeidsmarkedsforhold, alder eller sosiale forhold.

1 Opplysninger om søkeren (skal fylles ut av trygdekontoret)**Fylles ut med skrivemaskin**

Etternavn, fornavn		Fødselsnummer (11 siffer)
Arbeid/yrke og tittel	Virksomheten på arbeidstedet	Trygdekontor og tk.nummer

2 Medisinske opplysninger

2.1 Hoveddiagnose

2.2 Tilleggsdiagnose

I dette feltet skal det blant annet gis opplysninger om:	2.3 Sykehistorie og behandling hittil (b.l.a. når og hvordan lidelsen oppstod)	2.5 Objektive diagnostiske funn
	2.4 Status presens	2.6 Varig funksjonsnedsettelse pga. disse funnene
		2.7 Andre årsaker til funksjonsnedsettelsen
		2.8 Prognose - mulighet for bedring ved behandling

3 Funksjonsvurdering - muligheter for yrkesmessig attføring

- 3.1 Gi en medisinsk begrunnet funksjonsvurdering (herunder om restarbeidsevne) i forhold til nåværende arbeid
3.2 Gi i tillegg en medisinsk begrunnet vurdering av restarbeidsevnen uavhengig av mulighetene på arbeidsmarkedet
3.3 Må en ta spesielle hensyn ved valg av yrke og/eller arbeidsplass (i tilfelle hvilke hensyn)?
3.4 Vurder sykdommens innvirkning på pasientens arbeidsevne i hjemmet
(hvis pasienten helt eller delvis har hatt sitt arbeid i hjemmet)

4 Forbehold

Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner?

☐ Ja ☐ Nei

Hvis ja, oppgi hva pasienten ikke bør få vite



5 Tilbakemeld. om saken

Jeg ønsker:

Kopi av vedtaket

☐

Å låne saksdok.

☐

Ikke tilbakemelding

☐

Gjelder bare for behandlende lege og/eller spesialist som har gitt erklæring i denne saken

6 Legens underskrift

Sted og dato

Legens stempel og underskrift

Legeregning sendes sammen med legeerklæringen til trygdekantoret i **pasientens bostedskommune**. Hvis De har oppgjørsavtale med et annet trygdekantor, vil regningen bli sendt videre dit.

Legeserklæringen blir honorert etter takst 6. Bruk vanlig legeregning (RTV-blankett 2.05).

0 Erklæringen gjelder

0.1 Sykefravær i mer enn 8 uker	0.2 Rehabiliteringspenger	0.3 Yrkesrettet attføring	0.4 Uførepensjon
------------------------------------	---------------------------	---------------------------	------------------

1 Opplysninger om pasienten og om arbeidsforhold

1.1 Etternavn, fornavn	1.2 Fødselsnummer (11 siffer)	1.3 Trygdekantor
1.4 Adresse, postnummer og poststed		1.5 Yrke
1.6 Arbeidsgiverens navn og adresse		

2 Diagnose og sykdomsopplysninger

2.1 Hoveddiagnose(r)	2.1.1 Kode(r)	2.3 Kodesystem ☐ ICPC = 1 ☐ ICD-9 = 2 ☐ ICD-10 = 3
2.2 Bi-diagnose(r)	2.2.1 Kode(r)	2.4 Helt arbeids- ufør f.o.m.
2.5 Sykehistorie med symptomer og behandling		
2.6 Status presens (angi dato). Resultat av relevante undersøkelser		
2.7 Bør trygdekantoret vurdere om det er en:		2.7.2 Ev. skadedato
2.7.1 Yrkesskade/Yrkessykdom?		

3 Plan for medisinsk utredning og behandling

3.1 Er pasienten henvist til	Utredning	Spesifiser	3.1.1 Dato for henvisn.	3.1.2 Antatt ventetid (uker)
	Behandling	Spesifiser	3.1.3 Dato for henvisn.	3.1.4 Antatt ventetid (uker)
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 trygdekantoret 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 ☐	Nei ☐	Hvis ja, hvilke?	Ev. nærmere opplysninger
a. Kjøp av helse- tjenester	b. Reisetilskott i stedet for sykepenger/rehab.penger	c. Aktiv syk- melding	d. Hjelpemidler på arb.plassen				
e. Yrkesrettet attføring	f. Friskmelding til arbeids- formidling	g. Andre (hvilke?)					
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: ☐ i inntektsgivende arbeid, ☐ hjemmearbeidende, ☐ student, ☐ annet					
Beskriv kort type arbeid og hvilke krav som stilles					
5.3 Vurdering av arbeidsevnen					
Vil pasienten kunne	Nei ☐	Ja ☐	Hvis ja	Nå ☐	Etter behandling/tiltak ☐
a) gjenoppta det tidligere arbeidet					
b) ta annet arbeid					
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?					

IA 08-07.08 Bokmål Fastsett 10.99 (Side 2)

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)		
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 trygdekontoret skal ta kontakt med)

Behandl. lege	Arbeidsgiver	Arbeidskontor	Basisgruppe	Annen instans (hvilken?)	9.2 Ønsker du kopi av vedtaket?
☐	☐	☐	☐	☐	☐ Ja

10 Forbehold

10.1 Er det noe i legeerklæringen som pasienten ikke bør få vite av medisinske grunner?	☐ Ja	☐ Nei
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.