

Titel: Mall för sjukskrivningsintyg till skola  
Gäller för: Sjukskrivning av elever i Skaraborg  
Fastställt: 2023-09-05  
Innehållsansvarig: Anci Loft, Karin Ahlqvist  
E-post: [annica.loft@vgregion.se](mailto:annica.loft@vgregion.se),  
[karin.ahlqvist@skaraborg.se](mailto:karin.ahlqvist@skaraborg.se)

Gäller från: 2024-01-01  
Gäller till: 2025-06-30  
Version: 1.0 Förlängd giltighet  
Senast reviderad: Klicka eller tryck här för att  
ange text.

## Läkarintyg till skola

### Angående:

|          |               |
|----------|---------------|
| Namn:    | Personnummer: |
| Skola:   | Kommun:       |
| Årskurs: |               |

### Aktuellt

Intyget är baserat på min undersökning av patienten följande datum:

Diagnos för sjukdom som orsakar en nedsatt funktionsnivå:

Funktionsnedsättning (*beskrivning av hur diagnosen påverkar patientens funktionsnivå*):

Eventuell aktivitetsbegränsning (*beskrivning av vad patienten inte kan göra p.g.a. sin sjukdom*):

Pågående utredning/behandling:

## Bedömning

Min bedömning av patientens nedsättning av funktionsnivå/aktivitetsbegränsning

*(Används vid behov, då patienten behöver sjukskrivas och inte kan närvara alls i skola, eller endast viss procent, under en begränsad period på grund av behandling eller liknande. Lämnas annars tomt. Om konkret procent ej går att ange, lämna tomt. Skolan kommer göra bedömning av patientens möjligheter till skolnärvaro utifrån ovanstående beskrivningar).*

Procent:

Från och med:

-

Till och med:

Prognos för funktionsnivå/aktivitetsbegränsning utifrån aktuellt undersökningstillfälle:

Här kan du ange åtgärder som du tror skulle kunna göra det lättare för patienten att återgå till skola. Dessa är förslag som kan användas av skolan i den mån skolan bedömer det möjligt och lämpligt i den pedagogiska verksamheten *(till exempel SIP-möte, möjlighet till vila eller liknande mer generella åtgärder/anpassningar. Ska ej omfatta konkreta "beställningar" av åtgärder som åligger skolan att besluta om, till exempel tillgång till elevassistent, särskild undervisningsgrupp och liknande):*

Övrig information:

Underskrift läkare:

Arbetsplats: