



LÄKARINTYG FÖR BEVILJANDE AV SÄRSKILT FAMILJEBIDRAG ELLER HÖJT FAMILJEBIDRAG FÖR FUNKTIONSHINDRADE  
BARN

Förordning 1408/71: artiklarna 73 och 74  
Förordning 574/72: artiklarna 86 och 88

A. Begäran om intyg

Ifylls av den behöriga institutionen för beviljande av familjeförmåner.

1.	<input type="checkbox"/> Anställd	<input type="checkbox"/> Egenföretagare		
1.1	Efternamn <sup>(1a)</sup> .....			
1.2	Förnamn .....	Tidigare namn <sup>(1a)</sup> .....	Födelseort <sup>(1b)</sup> .....	
1.3	Födelsedatum .....	Kön .....	Medborgarskap .....	Identifierings-/försäkringsnummer <sup>(1c)</sup> .....
1.4	Adress <sup>(2)</sup> .....			

2.	Barn som begäran om intyg avser			
2.1	Efternamn <sup>(1a)</sup> .....			
2.2	Förnamn .....			
2.3	Födelseort <sup>(1b)</sup> .....	Födelsedatum .....	Kön .....	Identifierings-/försäkringsnummer <sup>(1c)</sup> .....
2.4	Adress <sup>(2)</sup> .....			

3.	Behörig institution för beviljande av familjeförmåner			
3.1	Namn .....			
3.2	Adress <sup>(2)</sup> .....			
3.3	Ärendets referensnummer .....			
3.4	Stämpel .....	3.5 Datum .....		
			3.6 Underskrift .....	

## B. Intyg

Ifylls av den läkare som utsetts av institutionen på det undersökta barnets bosättningsort och skickas till den institution som anges i ruta 3, tillsammans med alla nyligen utfärdade medicinska handlingar som utgör underlag (t.ex. fotografier, röntgenbilder eller resultat av läkarundersökningar) <sup>(4)</sup>.

4.					
4.1	Barnets ålder vid tidpunkten för undersökningen: .....		år .....	månader	
	Barnets vikt: .....	kilogram .....	gram	längd: .....	centimeter
4.2	Psykomotorisk utvecklingsstörning				
	Utvecklingsstörning i förhållande till den för barnets ålder normala nivån:				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Om ja, v.g. precisera: .....				
4.3	Självständighet				
	Kan barnet sitta själv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kan barnet gå?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Kan barnet tala?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kan barnet klä på sig själv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Kan barnet äta själv?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kan barnet skriva?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>(3)</sup>	
			Är barnet inkontinent?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej <sup>(3)</sup>	
4.4	Hjälp				
	Innebär barnets tillstånd att en annan persons hjälp behövs?				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
	Hela tiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Dagligen men inte hela tiden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	eller andra åtgärder (v.g. precisera): .....				
4.5	Det dominerande funktionshindrets natur				
	Är barnets funktionshinder				
	sensoriskt:	synskada? .....			
		hörselskada? .....			
	motoriskt:	.....			
	psykiskt:	intelligensnivå .....			
		beteende .....			
	annat?	.....			
4.6	Funktionshindrets ursprung <sup>(3)</sup>				
	— missbildning .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	— sjukdom .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	datum då funktionshindret först uppträdde: .....				
	datum för diagnos:	månad: .....	år: .....		
	behandling inleddes:	månad: .....	år: .....		
	— olycksfall .....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
	datum för olycksfallet: .....				
4.7	Åtföljande funktionshinder				
	Vilka? .....				
	Andra besvär .....				
4.8	Övriga anmärkningar				
	Funktionshinder i familjen: .....				
	Kompletterande undersökningar som redan utförts: .....				
	(kopior av undersökningsresultaten bifogas vid behov)				

4.9 Behandling, inklusive rehabilitering och sjukgymnastik. Vilka behandlingar ges?

.....  
Sedan när? .....

Vilka behandlingar rekommenderas? .....

— Kirurgi: .....

— Sjukhusvistelser (de senaste tre åren): .....

— Behandling i hemmet (läkemedel, ...): ..... Sedan när ...../...../.....

..... Sedan när ...../...../.....

..... Sedan när ...../...../.....

— Rehabilitering:                      Begynnelsesdatum                      Hur ofta?                      Var?

Logopedi: .....

Sjukgymnastik: .....

Sysselsättningsterapi .....

(Psyko)terapi .....

Tidigaste hjälp i hemmet .....

4.10 Undervisning och träning

Vilken sorts undervisning och träning ges? .....

.....  
Sedan när? .....

Vilken sorts undervisning och träning rekommenderas? .....

4.11 Prognos

V.g. precisera: .....

.....

4.12 Klassificering av sjukdomen enligt ICD (WHO:s International Classification of Diseases)

4.13 Sjukdomsdebut

4.14 Datum för nästa undersökning

5.

5.1 Läkarens fullständiga namn .....

5.2 Adress (²) .....

.....

5.3 Datum

.....

5.4 Underskrift

.....

## ANVISNINGAR

Texta och skriv endast på de streckade linjerna. Blanketten består av fyra sidor av vilka ingen får utelämnas, oavsett om den innehåller relevant information eller inte. Blanketten ifylls på det språk som används av den läkare som utfärdar intyget.

## ANMÄRKNINGAR

- (<sup>1</sup>) Nationalitetsbeteckning för den institution som utfärdar intyget: BE = Belgien, CZ = Tjeckien, DK = Danmark, DE = Tyskland, EE = Estland, EL = Grekland, ES = Spanien, FR = Frankrike, IE = Irland, IT = Italien, CY = Cypern, LV = Lettland, LT = Litauen, LU = Luxemburg, HU = Ungern, MT = Malta, NL = Nederländerna, AT = Österrike, PL = Polen, PT = Portugal, SI = Slovenien, SK = Slovakien, FI = Finland, SE = Sverige, UK = Förenade kungariket, IS = Island, LI = Liechtenstein, NO = Norge, CH = Schweiz.
- (<sup>1a</sup>) För spanska medborgare anges båda de efternamn som erhöles vid födelsen. För portugisiska medborgare anges alla namn (förfamn, efternamn, flicknamn) i den ordning som de anges på identitetskortet eller i passet.
- (<sup>1b</sup>) För portugisiska distrikt anges även församling och kommun.
- (<sup>1c</sup>) När blanketten skickas till en institution i Tjeckien anges födelsenummer, i Cypern det cypriotiska identifieringsnumret för cypriotiska medborgare och ARC-nummer (Alien Registration Certificate Number) för utländska medborgare, i Danmark CPR-nummer, i Finland folkbokföringsnummer, i Sverige personnummer, i Island personnummer (kennitala), i Lettland identitetsnummer, i Liechtenstein AHV-försäkringsnummer, i Litauen personnummer, i Ungern TAJ-nummer (socialförsäkringsnummer), i Malta identitetskortsnummer för maltesiska medborgare och maltesiskt socialförsäkringsnummer för utländska medborgare, i Norge födselsnummer, i Belgien nationellt socialförsäkringsnummer (NISS), i Tyskland försäkringsnummer (VSNR) till en institution inom det allmänna pensionsförsäkringssystemet, i Spanien numret på det nationella identitetskortet (DNI) eller NIE för utländska medborgare även om giltighetstiden har gått ut, i Polen PESEL- och NIP-nummer, i Portugal även registreringsnummer i det allmänna pensionssystemet om den berörda personen har varit försäkrad inom socialförsäkringssystemet för offentligt anställda i Portugal, i Slovakien födelsenummer, i Slovenien personnummer (EMŠO), i Schweiz försäkringsnummer (AVS/AI, AHV/IV). Annars anges "finns ej".
- (<sup>2</sup>) Gatuadress, postnummer, ort, land.
- (<sup>3</sup>) Ifylls endast om den behöriga institutionen för beviljande av familjeförmåner är belgisk eller slovakisk.
- (<sup>4</sup>) I Slovenien ifylls detta av en medicinsk kommission som utses av ministern för arbetsmarknadsfrågor, familjefrågor och sociala frågor.
-