

Juridiska avdelningen/epu

11.12.1995

Till arbetspensionsanstalterna

PENSIONSANSÖKNINGSBLANKETTERNA OCH B-BLANKETTEN FÖR LÄKARUTLÅTANDEN

Pensionsansökningsblanketterna

De gemensamma blanketterna för arbetspensions- och folkpensionssystemet omarbetades i samband med arbetspensionsreformen 96. Ändringarna i blanketterna följer dels av den nya arbets- och folkpensionslagstiftningen, dels av ändringar av närmast teknisk natur.

T-blanketten tas i bruk 1.1.1996. Ändringarna i blanketten är så betydande att de gamla blanketterna skall förstöras när de nya tas i bruk. De övriga blanketterna kan pensionsanstalterna och betjäningställena ta i bruk i takt med att de fyller sina blankettförråd.

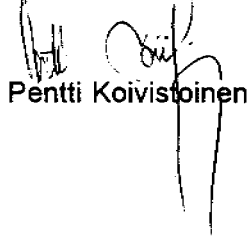
De största arbetspensionsanstalterna har fått T-blanketterna direkt av Folkpensionsanstalten, som har skött tryckningen av dem. De andra pensionsanstalterna har fått dem av Pensionsskyddscentralen.

Pensionsskyddscentralens postenhet tar emot beställningar på blanketterna, telefax (90) 148 11 72, telefon (90) 1511/postenheten.

B-blanketten för läkarutlåtanden

Med anledning av arbetspensionsreformen 96 har också den B-blankett för läkarutlåtanden som skall fogas till pensionsansökan omarbetats. Den nya blanketten har planerats i en arbetsgrupp med representanter för både Folkpensionsanstalten och arbetspensionssystemet. Blanketten finns i två versioner med samma innehåll, men olika omfattning: den ena blanketten har två och den andra fyra sidor. De som tillhandahåller tjänsterna får blanketterna och information om dem före januari 1996.

PENSIONSSKYDDSCENTRALEN


Pentti Koivistoinen


Jarmo Karsikas

BILAGOR

Den nya pensionsansökningsblanketten T
Den nya B-blanketten för läkarutlåtanden (kopia)

1 Ansökan inkom (datum, mottagare)

2 Inkom, datum

3 Inkom, datum

Vidarebefordrad (datum, vart?)

Vidarebefordrad (datum, vart?)

1 ANSÖKAN	Arbetspension: ☐ Söker ☐ Söker ej		Folkpension: ☐ Söker ☐ Söker ej	
	☐ Rehabiliteringsstöd / Invalidpension		☐ Förhandsbeslut om individuell förtidspension ☐ Slutligt beslut om individuell förtidspension	
	☐ Förhandsbeslut om delinvalidpension från arbetspensioneringen			
	☐ Jag ber att min ansökan om invalidpension behandlas som ansökan om individuell förtidspension, ifall jag inte anses berättigad till invalidpension.			
2 SÖKANDE	Efternamn och alla förnamn			
	Personbeteckning		Yrke	
	Näradress		Telefon (tjänst / hem)	
	Postnummer	Postanstalt	Boningskommun	
	Pensionsbeslutet önskas ☐ på finska ☐ på svenska		Har god man / förmyndare förordnats för Er? ☐ Nej ☐ Ja	
	Bosättningsland ☐ Finland ☐ Annat; vilket?		Medborgarskap ☐ Finskt ☐ Annat; vilket?	
	Har Ni bott eller arbetat utomlands (vid jakande svar, fyll i bilaga U)? ☐ Nej ☐ Har bott ☐ Har arbetat; i vilket land?			Ifylls av pens.anst ☐ EES / EU
	3 BETALNINGS- ADRESS OCH BESKATTNING		Bankens namn och kontor Fullständigt kontonummer	
Banken är skyldig att returnera pension som inbetalats på kontot utan grund		Grundprocent vid innehållning av skatt på lön		
4 BARN	Har Ni eller Er make barn under 18 år att försörja? ☐ Nej ☐ Ja; barnens namn och personbeteckningar			
5 SJKDOMAR	a) Sjukdom, handikapp eller skada som orsakat arbetsoförmågan eller nedsättningen i arbetsoförmågan			
	b) När har sjukdomen börjat?		c) När har arbetsoförmågan börjat?	
	d) Vilka symtom medför sjukdomen? Hur och från när har symtomen försvårat Ert arbete? Använder Ni hjälpmedel?			
	e) Vad slags arbete kan Ni alltså utföra?			

6 LÄKAR- UTLATANDE B	☐ Bifogas ☐ Finns hos Folkpensionsanstalten ☐ Finns hos:		
7 LÄKARE OCH VÄRDIN- RÄTTNINGAR (under de två senaste åren)	a) De läkare som Ni anlitat (namn och mottagningsadress)	När besökte Ni mottagningen senast?	Nästa besök
	b) Sjukhus, rehabiliterings- och undersökningsanstalter eller mentalvårdsbyråer där Ni blivit undersökt eller behandlad (inrättningens namn)	Under vilka tider	Nästa besök
8 UNDERSÖK- NINGAR	Vilka undersökningar av Ert hälsotillstånd har gjorts (t ex röntgen, EKG, rehabiliteringsundersökning) under de två senaste åren? Var gjordes de?		
9 BEHANDLING OCH REHA- BILITERING	a) Vilka slag av behandling och rehabilitering har Ni fått de två senaste åren? Vilka läkarordinerade mediciner använder Ni?		
	b) Har Era möjligheter till rehabilitering (yrkesinriktad / medicinsk) utretts t ex inom företagshälsovården, via FPA- byrån eller i samband med trafikskada eller olycksfall? ☐ Har inte utretts ☐ Har utretts; när och var?		
	c) Hurdana anser Ni Era möjligheter att återgå till arbetslivet vara, efter arbetsomställningar eller utbildning?		
10 REHABILI- TERINGS- PENNING	Har Ni uppburit eller sökt rehabiliteringspenning eller inkomstbortfallsersättning vid rehabilitering? ☐ Nej ☐ Har sökt; vad och varifrån? ☐ Har uppburit; vad och varifrån?		
11 UTBILDNING	Er grundutbildning och övrig utbildning (examina, yrkesutbildning och -kurser; även tidpunkterna)		
12 ARBETE I DET EGENTLIGA YRKET	a) Vilket har Ert egentliga arbete eller yrke varit?		b) Tid som Ni arbetat i detta yrke
	c) Arbetet har varit ☐ dagarbete ☐ tidsavlönat ☐ heldagsarbete ☐ skiftarbete ☐ ackordsavlönat ☐ deltidarbete; arbetstid timmar / dag		
	d) Beskrivning av arbetet (arbetsuppgifter, arbetsställningar, arbetstakt)		
	e) Beskrivning av arbetslokalen och arbetsförhållandena (buller, damm, drag, hetta, kyla, exponering för skadliga ämnen, olycksfallsrisk etc)		

	f) Har möjligheterna att ändra på Era arbetsuppgifter utretts? ☐ Nej ☐ Ja				
	g) Har Era arbetsuppgifter förändrats? ☐ Nej ☐ Ja; när, hur och varför?				
13 ANNAT ARBETE	I vilka yrken har Ni tidigare arbetat och hur länge?				
14 ARBETET UPPHÖRT / MINSKAT	Har Ni slutat arbeta eller minskat på Ert arbete? ☐ Har slutat. Sista arbetsdagen / 19 Lön har betalats fram till / 19 ☐ Har inte slutat arbeta ☐ Har minskat på arbetet; när och på vilket sätt; med vad och hur mycket arbetar Ni numera? Uppge arbetstiden per vecka / månad samt arbetsinkomsten och naturaförmånerna.				
15 SENASTE ANSTÄLLNING	Arbetsgivarens namn och adress			Telefon	
	Era arbetsuppgifter i denna anställning				
	När blev Ni anställd (datum)?	Anställningen ☐ fortgår	Fram till (datum):	Anställningen ☐ har upphört	När (datum)?
16 ÖVRIGA AN- STÄLLNINGAR	Har Ni efter 8.7.1961 varit anställd a) hos privat arbetsgivare? ☐ Nej ☐ Ja b) hos staten, kommun, församling eller annat offentligrättsligt samfund? ☐ Nej ☐ Ja; arbetsgivare:				
17 JUSTERING AV PENSIONS- LÖNEN EFTER PROVNING	Har Er lön i någon anställning undantagsvis sjunkit? ☐ Nej ☐ Ja; vilken anställning, när och varför (t ex sjukdom, permittering etc)?				
18 FÖRETAGAR- VERKSAMHET ELLER SJÄLV- STÄNDIG YRKESUTÖV- NING	Har Ni idkat företagarkerksamhet efter 1.1.1970? ☐ Nej ☐ Ja ☐ Jordbruk / skogsbruk; fyll i bilaga TM ☐ Yrkesmässigt fiske eller renskötsel ☐ Annan företagarkerksamhet eller självständig yrkesutövning; vad?				
	Verksamheten inleddes		Deltar Ni alltså i företagsverksamheten eller yrkesutövningen?		
			☐ Nej ☐ Ja		
	Företagets verksamhet (om Ni idkar flera slag, ange vilken verksamhet som förändrats)				
	☐ fortsätter i tidigare omfattning ☐ har minskats ☐ har upphört				
	När minskades / upphörde den?	Hur minskades den?	Av vilken orsak?		
	Företaget				
	☐ är alltså i min ägo / i min makes ägo ☐ har sålts ☐ har hyrts ut				
	Försäljnings- / Uthyrningsdatum		Köpare / Uthyr till		
19 BESVARAS AV SÖKANDE SOM SKÖTT HEM OCH HUSHÅLL	a) Vem sköter i Ert ställe de arbeten i hushållet som Ni lämnat? b) Vilka personer hör till Er familj (ålder och släktskap)?				

20 STUDIE- LEDIGHET	Har Ni haft studieledighet enligt lagen om studieledighet? ☐ Nej ☐ Ja; när?
21 BARNAVÅRD	Har Ni haft oavlönad moderskaps- eller föräldraledighet eller vårdledighet efter 1.1.1981? ☐ Nej ☐ Ja; när?
22 ARBETS- LÖSHET	a) Har Ni varit anmäld som arbetslös arbetssökande hos arbeidskraftsbyrån under de senaste tre åren? ☐ Nej ☐ Ja b) Har Ni uppburit eller sökt arbetslöshetsdagpenning/ arbetsmarknadsstöd under de senaste tre åren? Hos vilken arbetslöshetskassa eller FPA-lokalbyrå? ☐ Nej ☐ Söker ☐ Uppbär ☐ Har uppburit; när?
23 VUXEN- UTBILDNING	Har Ni uppburit eller sökt utbildningsstöd från utbildnings- och avgångsbidragsfonden, arbetslöshetskassan eller Folkpensionsanstalten? ☐ Nej ☐ Söker; varifrån? ☐ Uppbär; varifrån? ☐ Har uppburit; när och varifrån?
24 ERSÄTTNING- AR OCH PENSIONER	Uppbär eller söker Ni ersättning på grund av olycksfall, yrkessjukdom, trafikskada eller militärskada, eller annan ersättning eller pension (uppgi även familjepensioner och utländska pensioner och ersättningar)? ☐ Nej ☐ Söker; vad och varifrån? ☐ Uppbär; vad för ersättning och från vilket bolag?
25 SJUKDAG- PENNING	Har Ni under de senaste tre åren uppburit eller sökt dagpenning enligt sjukförsäkringslagen eller motsvarande sjuktid ersättning eller lön från utlandet? ☐ Nej ☐ Har sökt ☐ Har uppburit Varifrån och när?

FYLL I PUNKTERNA 26 - 27 OM NI SÖKER FOLKPENSION

26 CIVILSTÅND OCH MAKE / SAMBO	☐ Ogift ☐ Änka/änkling ☐ Bor åtskild; fr o m när? / 19 ☐ Sambo ☐ Gift ☐ Frånskild Om Ni och Er make bor åtskild, ange orsaken ☐ Söndring i äktenskapet ☐ Anstaltsvård ☐ Annan orsak; vilken? Makens / Sambons efternamn och alla förnamn Personbeteckning
27 SJUKHUS- OCH ANSTALTS- VÅRD	Vårdas Ni eller har Ni vårdats på sjukhus eller annan anstalt, eller på kommuns eller sjukhus bekostnad på annat ställe under de senaste 12 månaderna? ☐ Nej ☐ Ja; under vilken tid och var?

UNDERTECKNA ANSÖKNINGEN

28 SAMTYCKE	Får läkare eller vårdinrättning lämna uppgifter om Ert hälsotillstånd till pensionsanstalten och får pensionsanstalten lämna uppgifter ur sina handlingar till undersökande läkare eller vårdinrättning? ☐ Ja, jag samtycker ☐ Nej, jag samtycker inte
29 UNDERSKRIFT	Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga Ort och datum Sökandens underskrift Namnet förtydligat Om annan än sökanden undertecknat ansökan skall orsaken anges:

MOTTAGARENS ANTECKNINGAR

Sökanden ombads lämna in följande tilläggsutredningar:	Inkom, datum

Den undersöktas namn		Personbeteckning	
Adress och telefonnummer			
Yrke		Arbetsgivare	
Jag har följt med den undersöktas hälsotillstånd	personligen fr o m	ur handlingar fr o m	Hur har identiteten kontrollerats?

ÄNDAMÅL

☐ Dagpenning enligt sjukförsäkringslagen	☐ Specialersättningsgilla läkemedel eller kliniska näringspreparat	☐ Rehabilitering
☐ Invaliditetspension / Rehabiliteringsstöd	☐	

1 SJUKDOMSUPPGIFTER

1.1 Sjukdomar som påverkar arbetsförmågan (i viktighetsordning; även koder enligt ICD-klassifikationen):

1.2 Anamnes. Sjukdomens början och utveckling. Tidigare undersökningar, behandling och rehabilitering samt effekterna därav.

1.3 Undersökningsrön. Klinisk undersökning; datum _____ Vikt _____ kg Längd _____ cm
Prestations- och funktionsförmåga (vid behörig medicinering), laboratorie-, radiologiska och andra undersökningar.

1.4 Funktionsförmåga (vad den undersökta klarar av i det dagliga livet, enligt företagna undersökningar och läkarens bedömning - även eventuella sjukdomsbebyggade begränsningar):

2 BEHANDLINGS- ELLER REHABILITERINGSPLAN

- 2.1 **Behandlingsplan** (t ex medicinering, operation, psykoterapi).
2.2 **Plan för medicinsk rehabilitering** (t ex fysioterapi, ergoterapi, anpassningsträning, rehabundersökning, vård på rehabanstalt).
2.3 **Plan för yrkesinriktad rehabilitering** (t ex omställningar på arbetsplatsen, arbetsprövning, undersökning vid arbetsklinikk e dyl, yrkesutbildning, yrkesträning) **eller förordande av sådan plan.** Bedömning av rehabiliteringsbehovet och -möjligheterna. Vem som uppgjort eller föreslås uppgöra rehabplanen. Den undersöktas medverkan i planläggningen samt vem som verkställer planerna.
Målsättning och tidtabell för planerna.

3 BEDÖMNING AV ARBETSFÖRMÅGAN

- 3.1 **Uppgifter om den undersöktas arbete samt hur läkaren erhållit dessa uppgifter.** Arbetskarriär och beskrivning av nuvarande arbete. Den fysiska och psykiska belastningen i arbetet. Hur den undersökta klarar sitt nuvarande arbete.

- 3.2 **Arbetsförmåga.** Hur sjukdomsbetingat men påverkar den undersöktas möjligheter att klara sitt nuvarande eller därmed nära jämförbart arbete. Den undersöktas återstående funktionsförmåga. Hur föreslagna vård- och rehabiliteringsåtgärder antas påverka arbetsförmågan (även tidsbedömning). Ifall utlåtandegivaren inte har tillräcklig kännedom om den undersöktas arbete bör här ges en bedömning av hurdana arbetsprestationer funktionsförmågan medger.

3.3 Konklusion:

- | | |
|---|---|
| ☐ Jag anser den undersökta arbetsför | ☐ Jag tar inte ställning till arbetsförmågan |
| ☐ Jag anser den undersökta oförmögen att utföra sitt sedvanliga arbete eller | ☐ för viss tid, t o m _____ |
| ☐ därmed nära jämförbart arbete fr o m _____ | ☐ tills vidare |

4 SPECIALERSÄTTNINGSGILLA LÄKEMEDEL / KLINISKA NÄRINGSPREPARAT

Sjukdom (även kod enligt ICD-klassifikationen)

Intyget gäller för behandlingens vidkommande

- ☐ för viss tid, t o m _____
☐ tills vidare

LÄKARENS UNDERSKRIFT

☐ BILAGOR ST

Intygas på heder och samvete

Ort och datum

Läkarens underskrift samt stämpel eller namnförtydligande (tjänsteställe)



Den undersöktas namn		Personbeteckning	
Adress och telefonnummer			
Yrke		Arbetsgivare	
Jag har följt med den under- sökta halsotillstånd	personligen fr o m	ur handlingar fr o m	Hur har identiteten kontrollerats?

ÄNDAMÅL

☐ Dagpenning enligt sjukförsäkringslagen	☐ Specialersättningsgilla läkemedel eller kliniska näringspreparat	☐ Rehabilitering
☐ Invaliditetspension / Rehabiliteringsstöd	☐	

1 SJUKDOMSUPPGIFTER

1.1 Sjukdomar som påverkar arbetsförmågan (i viktighetsordning; även koder enligt ICD-klassifikationen):

1.2 Anamnes: a) sjukdomens början och utveckling b) tidigare undersökningar, behandling och rehabilitering samt effekterna därav

1.3 Undersökningsrön:

- a) klinisk undersökning; datum _____ Vikt _____ kg Längd _____ cm
b) prestations- och funktionsförmåga (vid behörig medicinering), laboratorie-, radiologiska och andra undersökningar

1.4 Funktionsförmåga (vad den undersökta klarar av i det dagliga livet, enligt företagna undersökningar och läkarens bedömning - även eventuella sjukdomsbetingade begränsningar):



Den undersöktas namn	Personbeteckning
----------------------	------------------

2 BEHANDLINGS- ELLER REHABILITERINGSPLAN**2.1 Behandlingsplan** (t ex medicinering, operation, psykoterapi):

- målsättning och tidtabell

2.2 Plan för medicinsk rehabilitering (t ex fysioterapi, ergoterapi, anpassningsträning, rehabundersökning, vård på rehanstalt):

- målsättning och tidtabell, verkställare, den undersöktas medverkan i planläggningen

2.3 Plan för yrkesinriktad rehabilitering (t ex omställningar på arbetsplatsen, arbetsprövning, undersökning vid arbetskliniken dyl, yrkesutbildning, yrkesträning) **eller förordande av sådan plan:**

- bedömning av rehabiliteringsbehovet och -möjligheterna
- vem som uppgjort eller förestås uppgöra rehabplanen, den undersöktas medverkan i planläggningen
- målsättning och tidtabell, verkställare

3 BEDÖMNING AV ARBETSFÖRMÅGAN

3.1 Uppgifter om den undersöktas arbete, enligt vad läkaren känner till:

- a) arbetskarriär och beskrivning av nuvarande arbete
- b) den fysiska och psykiska belastningen i arbetet
- c) hur den undersökta klarar sitt nuvarande arbete

3.2 Arbetsförmåga:

- a) hur sjukdomsbetingat men påverkar den undersöktas möjligheter att klara sitt nuvarande eller därmed nära jämförbart arbete
- b) återstående arbetsförmåga
- c) hur föreslagna vård- och rehabiliteringsåtgärder antas påverka arbetsförmågan (även tidsbedömning)

Ifall utlåtandegivaren inte har tillräcklig kännedom om den undersöktas arbete bör här ges en bedömning av hurdana arbetsprestationer funktionsförmågan medger.

3.3 Konklusion:

- | | |
|--|---|
| ☐ Jag anser den undersökta arbetsför | ☐ Jag tar inte ställning till arbetsförmågan |
| ☐ Jag anser den undersökta oförmögen att utföra sitt sedvanliga arbete eller därmed nära jämförbart arbete fr o m _____ | ☐ för viss tid, t o m _____ |
| ☐ | ☐ tills vidare |

4 SPECIALERSÄTTNINGSGILLA LÄKEMEDEL / KLINISKA NÄRINGSPREPARAT

Sjukdom (även kod enligt ICD-klassifikationen)

Intyget gäller för behandlingens vidkommande

- ☐ för viss tid, t o m _____
- ☐ tills vidare

LÄKARENS UNDERSKRIFT

☐ BILAGOR ST

Intygas på heder och samvete

Ort och datum

Läkarens underskrift samt stämpel eller namnförtydligande (tjänsteställe)