

Les dette før erklæringen fylles ut

Dette skjemaet skal brukes dersom søkeren allerede har uførepensjon fra Statens pensjonskasse og skal søke om forlenget eller forhøyet pensjon. Legeerklæringen skal fylles ut av legen og sendes direkte til Statens pensjonskasse.

Legen må alltid fylle ut alle opplysningene vi ber om. Hvis legeerklæringen er mangelfullt utfylt, må vi returnere den.

PERSONOPPLYSNINGER

Fornavn:

Etternavn:

Fødselsnummer (11 siffer):

OM UFØRHETEN**Hva er årsaken til arbeidsuførheten?** Diagnose(r) på norsk og latin:**Hvordan er søkerens helsetilstand?** Objektive funn og symptomer:**Gi en kort oversikt over behandlingen søkeren har fått siden forrige legeerklæring:****VURDERING AV UFØRHETEN****Mener du at søkeren fremdeles ikke kan arbeide i sin tidligere stilling?****Hvordan vurderer du søkerens uførhet i prosent?** (0-100 %)

Husk at det ikke er minimumsgrense på 50 prosent i Statens pensjonskasse.

Tror du at søkerens helsetilstand kan forandre seg? Kryss av:

Ja

Nei

Hvis ja, fyll ut hvordan og når:

Mener du at søkeren er eller kan bli i stand til å utføre annet arbeid? Kryss av:

Ja

Nei

Hvis ja, fyll ut hvordan og hvilket arbeid:

TILLEGGSOPPLYSNINGER

Er det noe i legeerklæringen som søkeren ikke bør få vite? Kryss av:

Ja

Nei

Hvis ja, oppgi hva søkeren ikke bør få vite:

SIGNATUR

Denne legeerklæringen er gitt på grunnlag av undersøkelser gjort av undertegnede.

Dato:

Stempelet til legen/sykehuset:

Legens underskrift:

LEGEFAKTURA

Les dette før du fyller ut fakturaen

Du må bruke denne legefakturaen. Vi godtar ikke vanlig giro/faktura. Du må alltid fylle ut alle opplysningene vi ber om. Hvis fakturaen er mangelfullt utfylt, må vi returnere den.

Vi betaler ikke ut honorar før vi har fått tilsendt en korrekt utfylt faktura. Vi følger satser for Statens pensjonskasse. Satsene er nedfelt i egen avtale med Legeforeningen. Se www.spk.no.

OM LEGEN ELLER VIRKSOMHETEN

Honoraret skal utbetales til (fornavn og etternavn):

Fødselsnummer (11 siffer) eller organisasjonsnummer:

Adresse:

Postnummer:

Poststed:

Kontonummer for utbetaling:

Bankens IBAN-nummer (ved betaling til utlandet):

OM PASIENTEN

Navnet til pasienten:

Fødselsnummeret til pasienten (11 siffer):

SIGNATUR

Dato:

Stempelet til legen/sykehuset:

Legens underskrift:

SKAL FYLLES UT AV STATENS PENSJONSKASSE

Legeerklæring og legefaktura er godkjent. Kryss av:

Firmakode: FV

Førstegangssøknad

Specialisthonorar

Forlengelse/forhøyelse

Dato og navn på saksbehandler:

Bilagsnr:

Reskontro:

Dato:

Periode:

Konto:	Koststed:	Debet:	Kredit:
6790/6791			
2402			

Kontert: