

Les dette før erklæringa blir fylt ut

Dette skjemaet skal brukast dersom søkjaren allereie har uførepensjon frå Statens pensjonskasse og skal søkje om forlengja eller auka uførepensjon.

Legen skal fylle ut legeerklæringa og sende den direkte til Statens pensjonskasse. Legen må fylle ut alle opplysningane vi ber om. Om erklæringa er mangelfullt utfylt, må vi returnere den.

PERSONOPPLYSNINGAR

Fornamn:

Etternamn:

Fødselsnummer (11 siffer):

OM UFØRLEIKEN**Kva er årsaka til uførleiken?** Diagnose på norsk og latin:**Korleis er helsetilstanden til søkjaren?** Objektive funn og symptom:**Gi ei kort oversikt over behandlinga søkjaren har fått sidan førre legeerklæring:****VURDERING AV UFØRLEIKEN****Meiner du at søkjaren framleis ikkje kan arbeide i den tidlegare stillinga si?****Korleis vurderer du arbeidsuførleiken til søkjaren i prosent? (0-100 %)**

Hugs at det ikkje er minimumsgrense på 50 prosent i Statens pensjonskasse.

Trur du at helsetilstanden til søkjaren kan forandre seg? Kryss av:

Ja Nei

Om ja, fyll ut korleis og når:

Meiner du at søkjaren er eller kan bli i stand til å utføre anna arbeid? Kryss av:

Ja Nei

Om ja, fyll ut korleis og kva slags arbeid:

TILLEGGSOPPLYSNINGAR

Er det noko i legeerklæringa som søkjaren ikkje bør få vite? Kryss av:

Ja Nei

Om ja, oppgi kva søkjaren ikkje bør få vite:

SIGNATUR

Denne legeerklæringa er gitt på grunnlag av undersøkingar gjort av underteikna.

Dato:

Stempelet til legen/sjukehuset:

Underskrifta til legen:

LEGEFAKTURA

Les dette før du fyller ut fakturaen

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

Vi betaler ikkje ut honorar før vi har fått tilsendt ein korrekt utfylt faktura. Vi følgjer satsar for Statens pensjonskasse. Satsane er nedfelte i eigen avtale med Legeforeningen. Se www.spk.no.

OM LEGEN ELLER VERKSEMDA

Honoraret skal utbetalast til (fornamn og etternamn):

Fødselsnummer (11 siffer) eller organisasjonsnummer:

Adresse:

Postnummer:

Poststad:

Kontonummer for utbetaling:

IBAN-nummeret til banken (ved betaling til utlandet):

OM PASIENTEN

Namnet til pasienten:

Fødselsnummeret til pasienten (11 siffer):

SIGNATUR

Dato:

Stempelet til legen/sjukehuset:

Underskrifta til legen:

SKAL FYLLAST UT AV STATENS PENSJONSKASSE

Legeerklæringa og legefakturaen er godkjende. Kryss av:

Firmakode: FV

Førstegangssøknad

Specialisthonorar

Forlenging/auke

Dato og namn på saksbehandlar:

Bilagsnr:

Reskontro:

Dato:

Periode:

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

Kontert: