

**Les dette før erklæringa blir fylt ut**

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.

Dersom pasienten skal søkje om forlengja eller auka uførepensjon, skal legeerklæringa som er tilpassa det brukast.

**PERSONOPPLYSNINGAR**

Fornamn:

Etternamn:

Fødselsnummer (11 siffer):

**OM UFØRLEIKEN****Kva er hovudårsaka til uførleiken?** Diagnose på norsk og latin:**Før opp eventuelle medverkande medisinske årsaker:****Korleis har sjukdommen utvikla seg og kva symptom har den gitt?****Når byrja sjukdommen?****Når vart søkjaren ufør på grunn av sjukdommen?****Har søkjaren vore sjukmeld for den same sjukdommen tidlegare?** Kryss av: Ja Nei

Om ja, oppgi når:

**Har søkjaren vore gjennom undersøkingar ved andre institusjonar eller hos spesialist?** Kryss av: Ja Nei

Om ja, før dei opp:

Legg ved kopi av epikrise for undersøkingane.

FYLLAST UT AV LEGEN

## ULYKKE

Skuldast uførleiken eit ulykkestilfelle? Kryss av:

 Ja Nei

Om ja, fyll ut under:

Korleis skjedde ulykka?

Skjedde ulykka i tenesta? Kryss av:

 Ja Nei

## VURDERING AV UFØRLEIKEN

Korleis vurderer du arbeidsuførleiken til søkjaren i prosent? (0–100 %)

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

Gi ei medisinsk grunngitt vurdering av korleis søkjaren vil fungere i den noverande stillinga si:

Trur du at søkjaren er eller vil bli skikka til å gå over i anna arbeid? Kryss av:

 Ja Nei

Om ja, kva slags arbeid?

## TILLEGGSPPLYSNINGAR

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:

FYLLAST UT AV LEGEN

## LEGEFAKTURA

## Les dette før du fyller ut fakturaen

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

Vi betalar 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. Sjå [www.spk.no](http://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 FYLLES 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: