

LEGEERKLÆRING VEDRØRENDE SØKNAD OM MIDLERTIDIG/FAST UFØREPENSJON**Personlige opplysninger**

Søkerens navn	Fødselsnummer
---------------	---------------

Om uførheten

Hva er hovedårsaken til uførheten?
Før opp eventuelle medvirkende medisinske årsaker:
Hvordan har sykdommen utviklet seg og hvilke symptomer har den gitt?

Når begynte sykdommen?	Når ble søkeren ufør på grunn av sykdommen?
Har søkeren vært sykemeldt for samme sykdom tidligere? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, oppgi når
Har søkeren vært gjennom undersøkelser ved andre institusjoner eller hos spesialist? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, før opp hvilke:

Ulykke

Skyldes uførheten et ulykkestilfelle? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis Ja, Hvordan skjedde ulykken? Skjedde ulykken i tjenesten? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>
---	--

Vurdering av uførheten

Hvordan vurderer du søkerens arbeidsuførhet i prosent? (0-100%)	
Anser du søkeren som helt eller delvis udyktig til å arbeide i sin nåværende stilling?	
Anser du søkeren skikket til annet arbeid? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	Hvis ja, hva slags arbeid:

Utfyllende opplysninger om vurdering av fremtidig arbeidsevne (MÅ fylles ut)

Er det noe i legeerklæringen søkeren ikke burde få vite av medisinsk grunn? Ja <input type="checkbox"/> Nei <input type="checkbox"/>	
Hvis Ja, oppgi hva søkeren ikke bør få vite:	

Dato	Legens underskrift	Legens stempel
------	--------------------	----------------

Legehonorar refunderes av Bodø kommunale pensjonskasse etter honorarsats fastsatt av Legeforeningen

Faktura på legehonorar sendes: Bodø kommunale pensjonskasse
Postboks 319
8001 Bodø

Postadresse
Postboks 319
8001 Bodø

Besøksadresse
Torvgata 1
8005 Bodø

E-postadresse
post@bkpensjon.no

Hjemmeside
www.bkpensjon.no
Org.nr: 940027365

Telefon
75 55 75 70
75 55 75 73
75 55 75 75