Saksnummer:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bekreftelse på nedsatt arbeidsevne grunnet helsemessige forhold**

Pasientens navn: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pasientens fødselsnummer: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Det bekreftes med dette at pasienten grunnet helsemessige forhold ikke kan være i full jobb. Muligheten til å være i arbeid som følge av dette er redusert med \_\_\_\_\_\_\_ prosent. Nedsettelsen i mulighet for arbeid gjelder fra (dato) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, og er forventet å ha en varighet på (antall uker/måneder/år) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Dato Legens navn og stempel

Vi gjør oppmerksom på at det ikke gis godtgjørelse/takst fra NAV for å besvare denne forespørselen. Opplysningene er etterspurt i forbindelse med sak etter barnelovens bestemmelser, og omfattes derfor ikke av folketrygdloven § 21-4.