**Rehabiliteringsutredning** (plan för återgång i arbete)

Blanketten ifylles tillsammans med den anställde.

**1. Personuppgifter medarbetare**

......................................................................................... ..........................................................

För- och efternamn Personnr

…………………………………………………………………………………………………………………

Bostadsadress (utdelningsadress)

………………………………….. ……………………….. …………………………………………

Telefonnr Anst nr E-postadress



 Annan …………………….

Anställningsform

 Tills vidare Visstidsanst. t o m …………………….

**2. Arbetsgivare**

........................................................................... ……………………………………………...

Bolag Uthyrd till

..................................................................................................................... …………………..

Närmaste chef/Rehabiliteringsansvarig Telefonnr

……………………………………………………………………………………….

E-postadress

Har din medarbetare redan återgått i arbete i ordinarie tjänstgöringsgrad, eller beräknas medarbetaren göra det inom kort? (fortsätt vid punkt 9).



(Om nej fortsätt nedan)

Deltar företagshälsovården(Avonova) i utredningen?



……………………………………………………………………………………….. …………………..

Företagshälsovården/kontaktperson Telefonnr

På vilket sätt håller ni kontakt med medarbetaren under sjukskrivningen?

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**3. Orsak till utredningen**

Sjukskriven längre än 2 veckor



Annan anledning

…………………………………………………………………………………………………………………

När började nuvarande sjukskrivningsperiod?

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………

Sjukskrivande läkare

………………………………………………………………………………………………………

Behandlande läkare

Antal tidigare tillfällen med sjukfrånvaro, under de senaste 12 månaderna: …………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

**4. Orsak till arbetsoförmåga**

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

Är nuvarande besvär anmälda som arbetsskada?



Om ja, är besvären godkända som arbetsskada?



**5. Arbetsförhållanden**

Beskriv nuvarande arbetsuppgifter: ……………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Vilka arbetsuppgifter kan medarbetaren utföra trots besvären, på hel- eller deltid? ………………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Vilka är medarbetarens egna förslag till anpassning och/eller till rehabiliteringsåtgärder? …………

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

Utbildning och tidigare yrkeserfarenhet som kan ha betydelse för arbetsanpassning och rehabilitering:

………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………........

På vilket sätt kan nuvarande arbetsuppgifter förändras så att medarbetaren kan vara kvar i arbete, helt eller delvis trots besvären? OBS! Diskutera detta med Kundföretag innan möte!

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

Har ni tidigare förändrat/erbjudit förändringar av medarbetarens arbetsuppgifter?



Om ja, när? …………………………………………………………………………………………………...

Om ja, vilka förändringar genomfördes? …………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

Vad blev resultatet? …………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

**6. Övrig information relevant för återgång**

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

**7. Anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder**

Aktivitet

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………….. ……………………………………………………..

Tidpunkt för genomförande Ansvarig för genomförande

Aktivitet

………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………….. ……………………………………………………..

Tidpunkt för genomförande Ansvarig för genomförande

**8. Uppföljning**

…………………………………………………...... ……………………………………………………..

Ansvarig för uppföljning Tidpunkt för uppföljning

Mål med rehabiliteringen ……………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………….

**9. Förebyggande åtgärder**

Vilka ytterligare åtgärder behöver genomföras för att förhindra eventuell framtida ohälsa för medarbetaren?

............................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………………….

**10. Övriga upplysningar/Telefonkontakt**

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

...........................................................................................................................................................

**11. Underskrift**

.............................................................. ..............................................................

Arbetsgivarens underskriftMedarbetarens underskrift

……………………………………………… ……………………………………………….

Datum Datum

………………………………………………

Facklig representant eller annan

………………………………………………

Datum

**Uppgifterna som kommer fram i denna utredning bör hanteras varsamt.**