

Blankett: Rehabiliteringsutredning

Personuppgifter

Förnamn	Efternamn	Personnummer	
Postadress		Postnummer	Ort
Telefonnummer		E-post	

Anställning

Yrke	Anställd sedan (år)		
Ordinarie tjänstgöringsgrad	Anställningsform	Tidsbegränsad till och med:	

Arbetsplats

Verksamhet	Enhet	Organisationsnummer	
Postadress		Postnummer	Ort
Chef	Telefonnummer	E-post	

Företagshälsovården

Deltar företagshälsovården i planeringen	Kontaktperson	Telefonnummer
Ja Nej		

Läkare

Sjukskrivande läkare	Behandlande läkare
----------------------	--------------------

Orsak

Orsak till framtagning av plan
Nuvarande sjukskrivningsperiod började den

Antal tidigare tillfällen med sjukfrånvaro under de senaste 12 månaderna	
Orsak till minskad arbetsförmåga	
Är nuvarande besvär anmäld som arbetsskada	Om ja, är besvären godkända som arbetsskada?
Ja Nej	Ja Nej

Arbetsförhållanden

Beskriv nuvarande arbetsuppgifter
Vilka arbetsuppgifter kan medarbetaren utföra trots besvären enligt läkarutlåtande och utförd arbetsförmågebedömning?
Vilka är medarbetarens egna förslag till anpassning och/eller rehabilitering?



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

På vilket sätt kan nuvarande arbetsuppgifter anpassas så att medarbetaren kan vara kvar i arbete, helt eller delvis?

Tidigare arbetsanpassning

Har ni tidigare anpassat/erbjudit anpassning av medarbetarens arbetsuppgifter? Om ja; När?
Ja Nej

Vilka anpassningar genomfördes

Vad blev resultatet?

Förebyggande åtgärder

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

Övriga upplysningar

Till exempel sociala förhållanden som är av vikt

Underskrifter

Chef		Medarbetare	
Ort	Datum	Ort	Datum
		Facklig representant	
		Ort	Datum

**Uppgifter som kommer fram i denna plan bör hanteras varsamt.
Anteckningar från följande rehabiliteringsmöten redovisas på nästa sida.**

