

# Uppgifter om aktivitetsförmåga

Beskriv din funktions- och aktivitetsförmåga genom att svara på frågorna i lugn och ro. Det ger en bild av vilka insatser du kan behöva.

Datum:

Namn:

Personnummer:

1. Civilstånd? Gift  Sambo / Partner  Ensamstående

2. Har du barn under 18 år? Ja  Födelseår ..... Nej

3. Ange yrke eller sysselsättning: .....

4. Din arbetsgivare: .....  
Om du är arbetssökande – fortsätt till frågorna 9, 10, 14-17.

5. Arbetar du heltid eller deltid? Ange sysselsättningsgrad i procent: .....

6. Dina arbetstider: Dagtid  Skiftarbete  Oregelbunden arbetstid

7. Beskriv dina arbetsuppgifter: .....

.....  
.....

8. Vilka av dina arbetsuppgifter kan du utföra trots din sjukdom? .....

.....  
.....

9. Hindrar sjukdomen dig från att utföra något eller några av momenten nedan?

Sittande arbete  Stående arbete  Arbete med armarna

Arbete som kräver koncentration  Arbete som kräver samarbete med andra

Arbete som kräver beslutsförmåga  Annat

# Uppgifter om aktivitetsförmåga

10. Beskriv hur sjukdomen hindrar dig att utföra arbetsuppgifter ovan: .....

.....

11. Behövs förändringar på din arbetsplats för att du ska kunna fortsätta arbeta trots din sjukdom?  
(exempelvis arbetstekniska ändringar eller ändrade arbetsuppgifter)

Ja       Nej       Om Ja – beskriv vilka: .....

.....

.....

12. Trivs du med ditt arbete? Ja       Nej

13. Finns det konflikter på din arbetsplats? Ja       Nej

Om Ja – beskriv: .....

.....

.....

14. Har du blivit illa behandlad fysiskt eller psykiskt? Ja       Nej

15. Finns det annat än sjukdom som påverkar dina möjligheter att arbeta? Ja       Nej

Om Ja – beskriv: .....

.....

.....

16. Vilka påståenden stämmer för dig?

Jag kan promenera 30 minuter i måttlig takt       Jag känner mig utvilad efter nattsömnen

Jag kan utföra vanliga hushållssysslor som tidigare       Inget av påståendena stämmer

17. Har du tillgång till företagshälsovård? Ja  Vilken: ..... Nej

Tack för dina svar!