

Frågor om arbete, sysselsättning och förutsättningar

Svaren behövs för att utreda vilka åtgärder som behövs för att gynna din förmåga att arbeta. Uppgifterna kan också ligga till grund för ett läkarintyg vid en eventuell sjukskrivning.

Datum	Namn	Personnummer
Yrke/Befattning/Arbetssökande		Tjänstgöringsgrad %
Arbetstider		Viss tid eller fast tjänst?
Skiftarbete, % <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Om ja, vilket/vilka skift	
Vid arbete beskriv konkret vilka arbetsuppgifter du utför?		
Hur ser en vanlig arbetsdag ut (inklusive rast)?		
Arbetsuppgifter du kan utföra, trots besvär		
Arbetsuppgifter du <u>inte</u> kan utföra, på grund av besvär		
Sjukskriven <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, från och med	Har du tidigare varit sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange när	
För vilka besvär var du tidigare sjukskriven för?		

Beskriv nuvarande besvär och ange när de började			
Har du andra sjukdomar eller besvär som du tror påverkar/kommer att påverka dina möjligheter att arbeta? Om ja, beskriv här:			
Trivs du med dina arbetsuppgifter?	Trivs du med dina arbetskamrater?	Trivs du med din arbetsledning?	Finns det konflikter på arbetet?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Har du kontakt med någon annan person/profession när det gäller din behandling?			
<input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vilken/vilka			
Förutsättningar			
Arbetsökande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Inskrivnen på Arbetsförmedling <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Studerande <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
Sjuk-/aktivitetsersättning <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Föräldraledig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
Kontaktperson hos Försäkringskassan		Telefonnummer	
Kontaktperson hos Arbetsförmedlingen		Telefonnummer	
Kontaktperson hos Socialtjänst		Telefonnummer	
Kontaktperson hos Företagshälsovård		Telefonnummer	
Har utredning gjorts tidigare hos någon av ovanstående parter?			

Vilken betydelse har arbetet för dig, utöver betydelse som inkomstkälla?	
<input type="checkbox"/> Mycket stor betydelse	<input type="checkbox"/> Stor betydelse
<input type="checkbox"/> Viss betydelse	<input type="checkbox"/> Ingen betydelse
Hur ser du på din arbetssituation?	
<input type="checkbox"/> Jag räknar med att kunna återgå till/fortsätta mitt nuvarande arbete och arbeta i samma utsträckning som tidigare.	
<input type="checkbox"/> Jag räknar med att kunna återgå i arbete/fortsätta arbeta, men tror inte att jag kan arbeta i samma utsträckning som tidigare.	
<input type="checkbox"/> Jag skulle kunna återgå i arbete/fortsätta arbeta, men för det krävs det någon form av förändring (anpassning, utbildning, annat arbete, annan arbetsplats).	
<input type="checkbox"/> Jag vill återgå i arbete/fortsätta att arbeta, men tror inte att jag kan på grund av min sjukdom.	
Annat, nämligen	
Nuvarande arbetsförmåga, jämfört med när den var som bäst under livstiden. 10 poäng motsvarar din arbetsförmåga när den var som bäst och 0 betyder att du inte alls kan arbeta. Vilket poängtal har din nuvarande arbetsförmåga?	
Kan inte <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10	Arbetsförmågan när den är som bäst
Arbetsgivare	
Arbetsgivare, namn	Telefonnummer
Kontaktperson hos arbetsgivare	Telefonnummer

Övrigt/anteckningar
