

i Arbetstagaren och chefen fyller i blanketten tillsammans.

1. Uppgifter om arbetstagaren

Personbeteckning

Förnamn och efternamn

Yrke (nuvarande arbete)

Arbetsgivare

Arbetsgivarens kontaktperson

Telefonnummer

Arbetsgivarens e-postadress

Företagshälsovårdens kontaktperson

Telefonnummer

Företagshälsovårdens e-postadress

2. Utredning om arbetstagarens situation och situationen på arbetsplatsen

Utredningen skapar en grund för samarbete mellan rehabiliteringsklienten, arbetsgivaren, företagshälsovården och serviceproducenten.

Vilka förändringar har skett på arbetsplatsen under den senaste tiden?

Vilka förändringar känner ni till eller förutser ni att kommer att ske på arbetsplatsen inom den närmaste framtiden?

Hur har dessa förändringar påverkat eller kommer i framtiden att påverka verksamheten på arbetsplatsen (t.ex. antal anställda, arbetsmängd, nya produkter, nya tjänster, datasystem, organisering av arbetet, kompetenskrav, ledning, annat)?

Vilken verksamhet för att främja arbetshälsan förekommer vid arbetsenheten?

Beskriv arbetstagarens arbete och arbetsförhållanden (arbetsredskapen och arbetsmetoderna, arbetstidsarrangemangen, hur säkra och hälsosamma arbetsförhållandena är, dimensioneringen av arbetet, arbetsbelastningen, hur belastningen fördelas inom arbetsenheten).

Beskriv hur arbetstagaren klarar av sitt arbete.

Vilka faktorer gör det svårt för arbetstagaren att klara av sitt arbete? Hur märks de i arbetet?

Vilket stöd har arbetstagaren fått för att klara av sitt arbete under de senaste två åren (omorganisering av arbetsuppgifterna, arbetstidsarrangemang, nya arbetsuppgifter, utbildning)?

Vilka utvecklingsbehov och utmaningar i arbetet vill ni ta upp i rehabiliteringen?

Vilka är de arbetsrelaterade målen för rehabiliteringen?

3. Underskrift

Datum

Arbetstagarens underskrift

Chefens underskrift

Ifylls av en företrädare för företagshälsovården

Kontaktuppgifter för den som ansvarar för det första urvalet

Uppgift om det första urvalet

Arbetstagaren har vid det första urvalet förordats för rehabilitering Ja Nej

i Om arbetstagaren vid det första urvalet inte har förordats för rehabilitering behöver punkterna nedan inte fyllas i.

Producent av rehabiliteringstjänster

Tidtabell för rehabiliteringen

Ansvarigt FPA-försäkringsdistrikt

Kontaktperson för rehabiliteringen vid försäkringsdistriktet

Datum

Underskrift av den som ansvarar för det första urvalet