



Närmare information på  
[www.fpa.fi/foretagshalsovard/serviceproducent](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard/serviceproducent)  
Kontaktinformation till handläggningsställena finns på  
[www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt](http://www.fpa.fi/foretagshalsovard/kontakt)



Fyll i blanketten noggrant.  
Om vi behöver ytterligare uppgifter tar vi kontakt.

**i Med denna blankett meddelar producenten av företagshälsovårdstjänster om lantbruksföretagarens arbetsplatsutredning som gjorts i enlighet med god företagshälsovårdspraxis, och kostnaderna i samband med denna.**

- Kontrollera av lantbruksföretagaren eller i LPA:s register att han eller hon betalar LFöPL-försäkring. Ersättning kan betalas endast om LFöPL-försäkringen är i kraft när företagshälsovårdstjänsterna ges.
- Meddela andra företagshälsovårdstjänster som getts till lantbruksföretagaren och kostnaderna för dem med blankett SV 111 TTHr.
- Meddela kostnader som är fördelade på olika kalenderår på separata utredningsblanketter.
- Bifoga denna utredning till redovisningen (SV 114 TTHr). Producenten ska lämna in en redovisning senast inom 6 månader från det att tjänsten gavs.
- Om lantbruksföretagaren själv söker ersättning för kostnader för företagshälsovård ska du ge denna utredningsblankett färdigt ifylld till honom eller henne samt blanketten Ansökan om ersättning för kostnader för företagshälsovård för företagare (blankett SV 110 TTHr), som han eller hon själv fyller i. Lantbruksföretagaren ska söka ersättning inom 6 månader efter att kostnaderna betalades.

## 1. Uppgifter om lantbruksföretagaren – Personen som erhållit företagshälsovård.

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Bransch

Branschnummer

Lantbruksföretagaren betalar LFöPL-försäkring

Ja

Nej

## 2. Avtal om företagshälsovård, gårdsbesök och verksamhetsplan för företagshälsovården

### Innehållet i avtalet om företagshälsovård och uppgifter om serviceproducenten

Ett avtal om företagshälsovård har gjorts

med en kommunal hälsovårdscentral

med en privat producent av företagshälsovård

Företagaren eller lantbruksföretagaren har gett sitt samtycke till att ersättningen betalas till serviceproducenten genom redovisningsförfarande

.....

Den serviceproducent och verksamhetsenhet som ingått avtal om företagshälsovård

FO-nummer

Avtalet om företagshälsovård innehåller

förebyggande företagshälsovårdstjänster (ersättningsklass I)

sjukvårdstjänster (ersättningsklass II)

Har man därtill kommit överens om distanstjänster?

Ja

Nej



Ange uppgifterna för det av serviceproducentens verksamhetsställen som tillhandahåller lantbruksföretagaren de företagshälsovårdstjänster som man avtalat om.

Producenten av företagshälsovårdstjänster och verksamhetsenheten  
(om annan än den som gjort upp avtalet om företagshälsovård)

FO-nummer

Verksamhetsställets adress

### Uppgifter om gårdsbesöket och verksamhetsplanen



Verksamhetsplanen för företagshälsovården ska grunda sig på ett gårdsbesök.

Ett gårdsbesök har gjorts

Ja

Nej

Giltighetstiden för den verksamhetsplan som uppgjorts för företagshälsovården .....

När har verksamhetsplanen ursprungligen godkänts? .....

### 3. Tjänster som företagshälsovården gett och kostnaderna för dem

- i** Specificera de tjänster som yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården gett i samband med arbetsplatsutredningen och kostnaderna för dessa.

Uppge kostnaderna utan mervärdesskatt.

#### Lantbruksföretagares arbetsplatsutredning

- i** Uppge den totala tid som behövs för gårdsbesök hos lantbruksföretagare, uppgörande eller justering av verksamhetsplan och intervju om lantbruksföretagarens arbetsförhållanden utförd av en företagshälsovårdare, samt de totala kostnaderna för dessa.

	Timmar	Kostnader totalt euro
<b>Yrkesutbildade personer inom företagshälsovården</b>		
– läkare	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>		
– läkare	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____
<b>Sakkunniga inom företagshälsovården</b>		
– psykolog	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____
<b>Distanstjänster</b>		
– psykolog	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____
<b>Andra sakkunniga som anlitats vid arbetsplatsutredningen</b>		
– sakkunnig inom lantbruk	_____	_____
– sakkunnig inom lantbruk, distanstjänster	_____	_____
– annan sakkunnig, vilken?	_____	_____
<b>i</b> Ange på en separat rad inom vilket område den sakkunniga verkar, den använda tiden och kostnaderna (t.ex. sakkunnig inom området för arbetshygien, det sociala området, ergonomi, teknik, synergonomi, kost och näring, talterapi eller idrott). Specificera de tjänster som getts på distans på separata rader, t.ex. "sakkunnig inom det sociala området, distanstjänster".		
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
<b>Centralenheten för lantbruksföretagarnas företagshälsovård</b>	_____	_____

#### Kostnader för tillbehör i samband med gårdsbesöket

Räkna upp de tillbehör som använts vid gårdsbesöket, t.ex. tillbehör för arbetshygieniska mätningar.

	Kostnader totalt euro
_____	_____
_____	_____

#### Resor som yrkesutbildade personer och/eller sakkunniga inom företagshälsovården gjort i samband med gårdsbesöket

- i** Uppge **alltid** datum för resan och vem som gjort den (t.ex. hälsovårdare, sakkunnig inom lantbruk) även om kostnaderna inte faktureras.

Resedag	Yrkesutbildad person eller sakkunnig	Färdmedel	Km	Antal tilläggspassagerare	Kostnader totalt euro
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

Lantbruksföretagares arbetsplatsutredning, kostnader totalt \_\_\_\_\_ euro

Ersättning enligt sjukförsäkringslagen \_\_\_\_\_ euro

Ersättning av statens medel till lantbruksföretagaren \_\_\_\_\_ euro

Andel som betalas av lantbruksföretagaren \_\_\_\_\_ euro



#### 4. Övriga upplysningar

---

**i** Ange med en siffra vilken punkt på blanketten du hänvisar till.

---

#### 5. Företagshälsovårdens kontaktperson

---

**i** Person som kan ge ytterligare information om uppgifterna i denna utredning.

Kontaktpersonens namn

E-postadress

Telefonnummer

Hur och när vill personen bli kontaktad?

---

#### 6. Underskrift

---

Jag försäkrar att de uppgifter jag lämnat är riktiga och kommer att meddela FPA om de ändras.

Ort och datum

Underskrift och namnförtydligande av serviceproducentens representant