



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 verksamheten och kostnaderna för företagshälsovård som ordnats enligt god företagshälsovårdspraxis.

Meddela ändå kostnader och verksamhet i anslutning till lantbruksföretagarens arbetsplatsutredning med blankett SV 113 TTHr.

- Kontrollera av företagaren att han eller hon betalar FöPL-försäkring. Kontrollera av lantbruksföretagaren eller i LPA:s register att han eller hon betalar LFöPL-försäkring. Ersättning kan betalas endast om försäkringen är i kraft när företagshälsovårdstjänsterna ges.
- 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 företagaren eller lantbruksföretagaren själv söker ersättning för kostnader för företagshälsovård ska du ge denna utredningsblankett färdigt ifyllt 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. Företagaren eller lantbruksföretagaren ska söka ersättning inom 6 månader efter att kostnaderna betalades.

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

Personbeteckning

Efternamn och förnamn

Bransch

Branschnummer

Företagaren eller lantbruksföretagaren betalar

FöPL-försäkring

och/eller

LFöPL-försäkring

## 2. Avtal om företagshälsovård, arbetsplatsutredning 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 företagaren eller 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 arbetsplatsutredningen och verksamhetsplanen



Verksamhetsplanen för företagshälsovården ska grunda sig på en arbetsplatsutredning.

En arbetsplatsutredning har gjorts (gårdsbesök hos lantbruksföretagare)

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 företagshälsovårdstjänster som yrkesutbildade personer och sakkunniga inom företagshälsovården gett och kostnader i anslutning till tjänsterna.

Uppge kostnaderna utan mervärdesskatt.

#### Företagares arbetsplatsutredning

- i** Uppge den totala tid som behövs för arbetsplatsutredning, uppgörande eller justering av verksamhetsplan samt de totala kostnaderna.

Uppgifter om arbetsplatsutredning hos lantbruksföretagare meddelas på blankett SV 113 TTHr.

	Timmar	Kostnader totalt euro
<b>Yrkesutbildade personer inom företagshälsovården</b>		
– läkare	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____
Distanstjänster		
– läkare	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____
<b>Sakkunniga inom företagshälsovården</b>		
– psykolog	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____
Distanstjänster		
– psykolog	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____

#### Andra sakkunniga som anlitats vid arbetsplatsutredningen

- i** 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, lantbruk, 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.	_____	_____

#### Kostnader för tillbehör i samband med arbetsplatsutredningen

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

_____	_____
_____	_____

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

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

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

Företagares arbetsplatsutredning, kostnader totalt \_\_\_\_\_ euro

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

Andel som betalas av företagaren \_\_\_\_\_ euro



## Hälsundersökningsbesök samt informationsgivnings- och handledningstillfällen

**i** Meddela antalet informationsgivnings- och handledningstillfällen (individuellt eller i grupp) samt antalet hälsundersökningar och antalet undersökningar i samband med dessa och den totala kostnaden för dem.

Uppge också annan verksamhet som hör till denna helhet samt kostnaderna för dem. Uppge alla kostnader utan mervärdesskatt.

	Hälsundersökning st	Information och handledning st	Kostnader totalt euro
<b>Yrkesutbildade personer inom företagshälsovården</b>			
– läkare	_____	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____	_____
Distanstjänster			
– läkare	_____	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____	_____
<b>Sakkunniga inom företagshälsovården</b>			
– psykolog	_____	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____	_____
Distanstjänster			
– psykolog	_____	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____	_____
<b>Andra sakkunniga som företagshälsovården använt sig av</b>			
<b>i</b> Ange inom vilket område den sakkunniga verkar (t.ex. sakkunnig inom området för arbetshygien, det sociala området, ergonomi, teknik, lantbruk, synergonomi, kost och näring, talterapi eller idrott). Specificera de tjänster som getts på distans, t.ex. "sakkunnig inom det sociala området, distanstjänster".	_____	_____	_____

	Antalet undersökningar i samband med hälsundersökning	Kostnader totalt euro
<b>Undersökningar</b>		
– laboratorieundersökningar	_____	_____
– bilddiagnostik	_____	_____
Räkna upp de laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som gjorts.	_____	_____
_____		
_____		

## Annan verksamhet som hör till hälsundersökningar samt informationsgivnings- och handledningstillfällen samt kostnaderna för dem

Specificera kostnaderna per verksamhet, t.ex. vaccineringar som behövs för arbetet, allmänna avgifter och grundavgifter.

	Kostnader totalt euro
_____	
_____	
_____	

## Resor som yrkesutbildade personer och/eller sakkunniga inom företagshälsovården gjort i samband med informationsgivnings- och handledningstillfällen

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

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

## Företagarens eller lantbruksföretagarens besök hos företagshälsovården

**i** Meddela datum för företagarens eller lantbruksföretagarens besök i kolumnerna nedan.

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

Hälsundersökning samt information och vägledning, kostnader totalt \_\_\_\_\_ euro

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

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

## Sjukvård och annan hälsovård



Meddela antalet sjukvårdstjänster och antalet undersökningar i samband med dessa samt de totala kostnaderna för dem.

Uppge också **antalet besök** i samband med annan hälsovård samt **kostnaderna** för dem. Uppge alla kostnader utan mervärdesskatt.

	Antal	Kostnader totalt euro
<b>Yrkesutbildade personer inom företagshälsovården</b>		
– läkare	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____
Distanstjänster		
– läkare	_____	_____
– hälsovårdare	_____	_____
– fysioterapeut	_____	_____
<b>Sakkunniga inom företagshälsovården</b>		
– psykolog	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____
Distanstjänster		
– psykolog	_____	_____
– specialistläkare	_____	_____
<b>Undersökningar</b>		
– laboratorieundersökningar	_____	_____
– bilddiagnostik	_____	_____

Räkna upp de laboratorieundersökningar och bilddiagnostiska undersökningar som gjorts.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Annan verksamhet som hör till sjukvård och övrig hälsovård samt kostnaderna för detta

Specificera kostnaderna per verksamhet, t.ex. vaccineringar, allmänna avgifter och grundavgifter.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kostnader  
totalt  
euro

## Företagarens eller lantbruksföretagarens besök hos företagshälsovården i samband med sjukvård och övrig hälsovård



Meddela datum för företagarens eller lantbruksföretagarens besök i kolumnerna nedan.

--	--	--	--	--	--	--	--

Sjukvård och övrig hälsovård, kostnader totalt \_\_\_\_\_ euro

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

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



#### 4. Övriga upplysningar


---

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

---

#### 5. Företagshälsovårdens kontaktperson

---

 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