



Rehabilitering vid 4 veckors sjukskrivning

Rehabiliteringsutredning

Ifylld blankett skickas till
resp. personalhandläggare

Namn		Personnummer		
Adress				
Tfn hem		Tfn arbete		Mobilnr
Arbetsplats		Förvaltning		
Yrke		Syssetsättningsgrad		
Ansvarig chef		Datum för utredningen		
<input type="checkbox"/> Informerat om facklig medverkan	Facklig företrädare, namn och förbund (om aktuellt)			
Resursperson från personalfunktion (om aktuellt)				
Försäkringskassans handläggare (namn och telefon)				
Information om sjukskrivningen				
<input type="checkbox"/> 25%	Startdatum _____		Slutdatum: _____	
<input type="checkbox"/> 50%	Startdatum _____		Slutdatum: _____	
<input type="checkbox"/> 75%	Startdatum _____		Slutdatum: _____	
<input type="checkbox"/> 100%	Startdatum _____		Slutdatum: _____	
Sjukskrivande läkare: _____				
Orsak till sjukskrivningen				
<input type="checkbox"/>	Nacke/rygg, beskriv: _____			
<input type="checkbox"/>	Värk/smärta, beskriv: _____			
<input type="checkbox"/>	Psykosocialt, beskriv: _____			
<input type="checkbox"/>	Annat, beskriv: _____			
Arbetsskadeanmälan (OBS: Både AFA:s och Försäkringskassans blankett)				
<input type="checkbox"/> Gjord	<input type="checkbox"/> Ska göras	<input type="checkbox"/> Ej aktuell		
Är företagshälsovården involverad?				
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej			
Om ja; med vilka insatser?				



Rehabilitering vid 4 veckors sjukskrivning

Hur planeras återgång i ordinarie arbete?

- Utan rehabiliteringsåtgärder
- Med deltidssjukskrivning
- Med arbetsträning/rehabiliteringsersättning

Behov av åtgärder

Aktivitet:

Ansvarig:

Aktivitet:

Ansvarig:

Övrigt som är relevant för rehabiliteringen/återgång i arbetet

Uppföljningsdatum

Underskrift ansvarig chef

Underskrift anställd

Ev underskrift facklig företrädare

Ev underskrift rehabhandläggare personalavdelningen



Rehabilitering vid 4 veckors sjukskrivning

Anteckningar vid uppföljningsträff

Datum: _____

Närvarande: _____

Utvärdering av gjorda åtgärder:

Lägesbeskrivning:

Behov av nya åtgärder:

Eventuell underskrift medarbetare: _____



Rehabilitering vid 4 veckors sjukskrivning

Anteckningar vid uppföljningsträff

Datum: _____

Närvarande: _____

Utvärdering av gjorda åtgärder:

Lägesbeskrivning:

Behov av nya åtgärder:

Eventuell underskrift medarbetare: _____



Rehabilitering vid 4 veckors sjukskrivning

Anteckningar vid uppföljningsträff

Datum: _____

Närvarande: _____

Utvärdering av gjorda åtgärder:

Lägesbeskrivning:

Behov av nya åtgärder:

Eventuell underskrift medarbetare: _____



Rehabilitering vid 4 veckors sjukskrivning

Avslut av rehabilitering

Datum

Orsak

Återgång i ordinarie tjänst

25% 50% 75% 100%

Återgång i tjänst inom samma avtalsområde

25% 50% 75% 100%

Återgång i tjänst inom annat avtalsområde

25% 50% 75% 100%

Rehabiliteringen avslutad av Personal- och organisationsutskottet

Avgångsvederlag

Uppsägning av personliga skäl

Sjukersättning

25% 50% 75% 100%

Övriga upplysningar

Indragen sjukpenning

Egen uppsägning

Begärd tjänstledighet; Studier Prövande av annan tjänst Annat