



Datum:

Inför ditt besök i vården

**Frågor att besvara om du upplever att du har svårt att klara ditt arbete på grund av sjukdom eller skada**

För att kunna göra en bra bedömning och på bästa sätt stödja dig att vara kvar i arbete eller att komma tillbaka i arbete efter sjukskrivning, vill vi att du besvarar nedanstående frågor. I samband med ditt besök kan också prover komma att tas.

Namn: .....

Personnummer: .....

Nuvarande huvudsakliga försörjning:

- Lönearbete/studier
- Sjukpenning
- A-kassa
- Ekonomiskt bistånd (socialbidrag)

Nuvarande yrke: .....

Nuvarande arbetsgivare: .....

Nuvarande arbetsplats: .....

Nuvarande arbetstider: .....

Skiftarbete:  Ja  Nej

Tjänstgöringsgrad (heltid motsvarar 40 timmar/procent av heltid 40 timmar):  
.....

Beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter så konkret som möjligt:  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

2020-05-22

Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderades med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? (Kryssa i lämplig siffra)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kan inte arbeta alls									Bästa tänkbara	

Hindrar din sjukdom eller skada dig från att utföra något av följande i ditt arbete och i så fall på vilket sätt?

Sittande arbete:

Ja .....

Stående/gående arbete:

Ja .....

Upprepat, statiskt eller tungt fysiskt arbete:

Ja .....

Psykiskt påfrestande arbete:

Ja .....

Arbete som kräver koncentration:

Ja .....

Arbete i relation till andra:

Ja .....

Arbete som kräver beslutsförmåga:

Ja .....

Vilka arbetsuppgifter kan du utföra trots din sjukdom eller skada?

.....  
.....

Vad skulle kunna hjälpa dig att utföra dina ordinarie arbetsuppgifter?

.....  
.....

Trivs du på din arbetsplats?

.....

Känner du dig efterfrågad på ditt arbete?

Ja  Nej

Finns det konflikter på din arbetsplats?

Ja  Nej

Finns det andra saker än sjukdom eller skada som behöver lösas för att du ska kunna vara kvar i arbete eller återgå i arbete?

.....  
.....

### Vardagsaktiviteter, levnadsvanor och privatliv

Kan du promenera en timme i sträck?

Ja  Nej

Kan du utföra vanliga sysslor i hemmet under en timme?

Ja  Nej

Motionerar du regelbundet?

Ja  Nej

Har du sömnsvårigheter? (Kryssa i lämplig siffra)

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inga  
svårigheter

Stora  
svårigheter

Använder du alkohol?

Ja  Nej

Skulle du vilja ha hjälp med att förändra dina alkoholvanor?

Ja  Nej

2020-05-22

Röker du?  Ja  Nej

Snusar du?  Ja  Nej

Skulle du vilja ha hjälp med att sluta röka eller snusa?  Ja  Nej

Har du någon gång under det senaste året använt narkotikaklassade preparat?

Ja

Ja, enligt ordination

Nej

Har du i något sammanhang blivit illabehandlad fysiskt eller psykiskt, eller blivit utsatt för mobbing?

Ja  Nej

Har du själv utsatt någon för ovanstående?

Ja  Nej

Är det något övrigt du vill tillägga?

.....  
.....  
.....

**Namn och kontaktuppgifter (uppgi det som är relevant för dig)**

Arbetsgivare: .....

Försäkringskassan:  
.....

Arbetsförmedlingen: .....

Socialtjänsten: .....

Företagshälsa:  
.....

Ditt ifyllda frågeformulär kommer att skannas in i din journal som stöd och hjälp i din rehabilitering.