

## 2. Utredning rehabiliteringsbehov

Chefen ska tillsammans med medarbetare utreda medarbetares rehabiliteringsbehov när;

- medarbetaren är sjukskriven mer än fyra veckor,
- medarbetaren har varit sjukskriven sex gånger eller mer på ett år
- medarbetaren själv begär det
- chefen anser att det föreligger behov av rehabilitering

Om rehabiliteringsbehov föreligger, ska chef och medarbetare planera för återgång i arbete. Använd fortsättningsblanketten (3) ”Plan för återgång i arbete/Friskare arbetsnärvaro

Uppgifterna omfattas av sekretesslagen.

Datum
-------

### Personuppgifter

Namn	Personnummer
Adress	Postadress
Hemtelefon	Mobiltelefon
Yrke	Sysselsättningsgrad
Dag/Natt/Kväll/Skift/Helg	
<input type="checkbox"/> Anställd tillsvidare, fr.o.m:	
<input type="checkbox"/> Tidsbegränsad anställning, fr.o.m.:	till och med:
Diagnos/sjukskrivningsorsak:	
Sjukskrivande läkare:	

### Uppgifter om arbetsplats

Förvaltning	Arbetsplats
-------------	-------------

Rehabiliteringsansvarig chef	Telefonnummer ansvarig chef
Facklig organisation	Facklig kontaktperson

**Utredningsorsak**

<input type="checkbox"/> Sjukskrivning 4 veckor eller längre
<input type="checkbox"/> Korttidsfrånvaro vid 6 eller fler tillfällen under de senaste 12 månaderna
<input type="checkbox"/> Medarbetarens egen begäran
<input type="checkbox"/> Arbetsgivarens bedömer rehabiliteringsbehov
<input type="checkbox"/> Pågående period med sjukersättning från Försäkringskassan börjar ta slut
<input type="checkbox"/> Övrigt .....

**Övrigt****Datum**

<b>Datum för sjukanmälan</b>	<b>Datum</b>
<input type="checkbox"/> Medarbetaren informerad över villkoren i rehabiliteringsarbetet (1. Information om rehabiliteringsprocessen)	
<input type="checkbox"/> Medarbetaren informerad om facklig organisations medverkan <input type="checkbox"/> Medarbetare inte fackligt ansluten <input type="checkbox"/> Medarbetare väljer att inte ha med facklig representant	

**Sekretess**

<input type="checkbox"/> Inom ramen för Hultsfreds kommuns rehabiliteringsarbete lämnar medarbetaren sitt medgivande till att berörda parter kan komma att få del av muntliga och skriftliga handlingar som rör medarbetarens sjukskrivning. Berörda parter kan t ex vara Försäkringskassan, Vårdcentralen och Företagshälsovården. Dessa parter kan bistå med uppgifter rörande medarbetarens sjukskrivning som kan ligga till grund för arbetsgivarens rehabiliteringsåtgärder för medarbetaren.
--

**Utredning av rehabiliteringsbehov****Beskriv hälsotillstånd:****Beskriv orsak till arbetsförmåga:****Vilka arbetsuppgifter klarar inte medarbetaren att utföra:****Bakgrund. Tidigare historik av ev. sjukskrivning/ohälsa. Tidigare rehabiliteringsåtgärder:****Går det att anpassa nuvarande arbetsuppgifter så att medarbetaren kan utföra arbetet i full systerställning?** Ja **Kommentar:** Nej **Kommentar:****Går det att anpassa nuvarande arbetsuppgifter så att medarbetaren kan utföra arbetet på deltid?** Ja **Kommentar:** Nej **Kommentar:**

**Kommer medarbetaren åter i arbete inom kort utan speciella rehabiliteringsåtgärder:**

Ja

Nej

**Kommentar:**

Efter genomgång av ovanstående frågor är arbetsgivarens och medarbetarens samlade bedömning att det föreligger:

inget behov av arbetslivsinriktad rehabilitering

behov av arbetslivsinriktad rehabilitering

Tid och plats för nästa möte: \_\_\_\_\_

Rehabiliteringssamtalet utfört tillsammans med medarbetaren:

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Underskrift av rehabiliteringsansvarig

\_\_\_\_\_  
Underskrift av medarbetaren

\_\_\_\_\_  
Underskrift facklig representant

\_\_\_\_\_  
Underskrift övrig