

3. Plan för återgång i arbete/friskare arbetsnärvaro

Datum	
Namn	Personnummer
Tidsplan (när ska planen vara genomförd? Lämpligen inom 3-6 månader):	
Mål med rehabiliteringen:	
Medarbetarens och arbetsgivarens förslag på rehabiliteringsåtgärder:	
Planerade rehabiliteringsåtgärder:	
Beställning av företagshälsovård, när, hur och resultat:	

Är arbetsförmågebedömning upprättad? När, hur och resultat:

Anpassning av ordinarie arbete, när och hur och resultat:

Kontakter med Försäkringskassan:

Planerade åtgärder tillsammans med Försäkringskassan (ex. social träning, arbetsträning, arbetsprovning):

Externa kontakter, anledning, när och hur:

Behandlingar primärvården:

Kan hjälp med resor till och från arbetet göra det möjligt att återgå i arbete?

Övrigt:

Tid och plats för nästa möte: _____

Rehabiliteringssamtalet utfört tillsammans med medarbetaren:

Datum

Datum

Underskrift av rehabiliteringsansvarig

Underskrift av medarbetaren

Underskrift facklig representant

Underskrift övrig