



Sjukskrivningsformulär

Detta formulär ligger till grunden för en eventuell sjukskrivning. Det kan vara aktuellt med en sjukskrivning om man har en *sjukdom/skada* som ger en *funktionsnedsättning* som i sin tur ger en *aktivitetsnedsättning* som är kopplat till det arbete man har. Det är därför viktigt att du svarar noggrant på frågorna.

Namn _____

Personnummer _____

Datum _____

Ansvarig läkare _____ Vet ej

Arbetsgivare _____ Arbets sökande Föräldraledig Studier

Har din arbetsplats företagshälsovård? Har du i så fall haft kontakt med dem? _____

Tjänstgöringsgrad _____%

Frågor om din sjukdom/skada:

Beskriv kortfattat det aktuella sjukdoms-/skadeförloppet

Från vilket datum har du p.g.a. sjukdom/skada inte kunnat arbeta?

Hur har din sjukdom/skada behandlats? Inom vården eller egenvård.

Frågor om dina aktuella besvär (funktionsnedsättning):

Beskriv dina aktuella besvär eller sjukdomssymtom. Till exempel "ont i knät, nedstämdhet, ångest, hosta". Skriv så mycket och så konkret du kan.

Frågor om dina möjligheter att arbeta (aktivitetsnedsättning):

Ange ditt yrke och dina konkreta arbetsuppgifter

Vilka arbetsuppgifter kan du göra trots sjukdom/skada?

Vilka arbetsuppgifter kan du för närvarande *inte alls* utföra?

Varför kan du inte utföra ovanstående arbetsuppgifter? (T ex p.g.a. svårt att lyfta tungt, stresskänslighet, svårighet att fatta beslut mm). Ge minst 3 exempel.

Skulle du kunna klara av att arbeta deltid? Om ja, i vilken omfattning, 25%, 50%, 75%?

Beskriv vilka förändringar på arbetet, som kan möjliggöra fortsatt arbete. Exempelvis andra arbetsuppgifter eller hjälpmedel.

Vilka förändringar har du själv gjort för att åstadkomma en förändring/förbättring?

När tror du själv att du skulle kunna börja arbeta igen? Deltid eller halvtid?

Hur skulle *du* vilja att tillbakagång till arbete ser ut för dig?

Trivs du på ditt arbete?

Frågor om din vardag:

- | | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| Klarar du av att sköta din personliga hygien | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| Klarar du av att städa och laga mat? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| Kan du köra bil? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| Kan du klara en halvtimmes promenad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| Kan du följa handlingen i ett TV-program/film 30 min eller mer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| Klarar du av att läsa tidningar/böcker? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| Får du tillräckligt med sömn? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |

Övrigt: