

## Inför bedömning av eventuell sjukskrivning

|              |
|--------------|
| Datum        |
| Namn         |
| Personnummer |
| Telefon      |

### Sysselsättning:

- Studerar
- Arbetar

Vad arbetar du med? \_\_\_\_\_

Arbetsgivare: \_\_\_\_\_

Hur många procent jobbar du?: \_\_\_\_\_

Arbets tid:  Dag  Natt  Skift

Företagshälsovård: \_\_\_\_\_

- Arbets sökande
- Egenföretagare
- Föräldraledig
- Annat

Ange din sysselsättning: \_\_\_\_\_

## Allmänna frågor

För att få en uppfattning om hur din sjukdom eller skada påverkar din möjlighet att arbeta, studera eller söka jobb behöver du svara på följande frågor:

Beskriv kortfattat vad som hänt från att du blev sjuk eller skadade dig:

---

---

---

Har din sjukdom eller skada påverkat din möjlighet att arbeta, studera eller söka jobb?

- Nej
- Ja. Från och med vilket datum har du inte kunnat arbeta, studera eller söka jobb? \_\_\_\_\_

Har du sökt vård för dina besvär tidigare?

- Nej
- Ja. Ange när du sökt vård: \_\_\_\_\_

Har du några andra sjukdomar eller skador som påverkar din möjlighet att arbeta, studera eller söka jobb?

- Nej
- Ja. Beskriv vilka: \_\_\_\_\_

---

---

---

## Frågor om dina nuvarande besvär (funktionsnedsättning)

*Dina besvär kan till exempel vara smärta i axlarna eller ryggen, ömhet i magen, sömnsvårigheter, nedstämdhet, ångest, koncentrationssvårigheter, yrsel eller problem med minnet.*

Beskriv dina nuvarande besvär eller sjukdomssymtom: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

## Frågor om ditt arbete, dina möjligheter att arbeta och vad som begränsar dig (aktivitetsbegränsning)

*Det som begränsar dig kan till exempel vara att du har svårt att läsa en text, delta i möten, promenera, bära, dra eller lyfta ett föremål.*

*Om du har en annan sysselsättning än arbete ska du beskriva de problem du har i ditt dagliga liv.*

Beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter: \_\_\_\_\_

---

---

---

Vilka av arbetsuppgifterna kan du fortfarande utföra trots dina besvär? \_\_\_\_\_

---

---

---

Vilka arbetsuppgifter kan du just nu inte alls utföra på grund av dina besvär? \_\_\_\_\_

---

---

---

Vad är det som gör att du inte klarar av att utföra arbetsuppgifterna? \_\_\_\_\_

---

---

---

# Planering för att börja arbeta igen

Hur ser du på dina möjligheter att börja arbeta igen?

- Jag räknar med att börja arbeta i samma utsträckning som förut.
- Jag räknar med att börja arbeta, men mindre än tidigare.
- Jag skulle kunna börja arbeta, men för att det ska gå behövs någon form av förändring.
- Jag vill börja arbeta, men tror inte jag kan det på grund av min sjukdom eller skada.
- Annat. Beskriv: \_\_\_\_\_

Skulle du klara av att arbeta deltid, till exempel 2 timmar per dag?  Nej  Ja

Ser du någon möjlighet att lättare kunna arbeta deltid eller heltid om det gjordes någon förändring på arbetsplatsen? *Det kan till exempel vara resor till och från arbetet, annan arbetstid eller anpassade arbetsuppgifter.*

Har du regelbunden kontakt med din chef?  Nej  Ja

Besöker du arbetsplatsen regelbundet?  Nej  Ja

Har din chef gjort en rehabiliteringsplan tillsammans med dig för att du ska kunna börja arbeta?  Nej  Ja

*Om ja, ta gärna med dig din rehabiliteringsplan till besöket på hälsocentralen eller sjukstugan.*

Beskriv hur du trivs på din arbetsplats. *Det kan till exempel handla om dina arbetsuppgifter, kollegor eller arbetsledning.*

Behöver du något stöd i kontakten med din chef eller arbetsgivare? *Det kan till exempel vara en gemensam träff på hälsocentralen eller sjukstugan.*  Nej  Ja

Behöver du stöd av en rehabiliteringskoordinator i din sjukskrivnings- och rehabiliteringsprocess?  Nej  Ja  Jag vill veta mer om vilket stöd jag kan få.

## Frågor om din vardag

På vilket sätt kan din familje- eller hemsituation påverka dina möjligheter att börja arbeta igen?

Har du några sömnsvärigheter?  Nej  Ja

Beskriv dina sömnsvärigheter: \_\_\_\_\_

Beskriv hur du rör dig i vardagen *Det kan till exempel vara att du tar promenader, arbetar i trädgården eller tränar.*

---

---

---

Beskriv dina matvanor. *Det kan till exempel vara att du regelbundet äter frukost, lunch och middag.*

---

---

---

Spelar du någon typ av spel? *Det kan till exempel vara tv-spel, datorspel eller spel om pengar .*

Nej

Ja

Tror du att det påverkar dina nuvarande besvär?

Nej

Ja. Beskriv hur det påverkar dig: \_\_\_\_\_

---

---

---

Dricker du alkohol, tror du att det kan påverka dina nuvarande besvär?

Nej

Ja

Tror du att det påverkar dina nuvarande besvär?

Nej

Ja, beskriv hur det påverkar dig: \_\_\_\_\_

---

---

---

Använder du något beroendeframkallande läkemedel som är utskrivet av läkare? *Det kan till exempel vara läkemedel mot smärta, ångest eller sömnsvårigheter.*

Nej

Ja. Ange vilket eller vilka läkemedel:

---

---

---

Använder du något beroendeframkallande läkemedel eller någon drog som inte är utskrivet av läkare?

*Det kan till exempel cannabis eller anabola steroider.*

Nej

Ja. Ange vilket eller vilka läkemedel: \_\_\_\_\_

---

---

---

Här kan du lämna ytterligare kommentarer eller tankar:

---

---

---

---

---

---

---