Hur dina besvär påverkar dig i ditt arbete och i din vardag

Svara på frågorna inför ditt läkarbesök. Dina svar kommer tillsammans med läkarens undersökning att ligga till grund för en medicinsk bedömning av dina hinder och möjligheter att arbeta.

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Yrke/befattning |
|       |       |
| Namn | Sysselsättning |
|       | [ ]  Arbete [ ]  Studier [ ] Arbetssökande [ ]  Egenföretagare [ ]  Föräldraledighet [ ]  Annat:  |
| Personnummer | Arbetar | Tjänstgöringsgrad, % |
|       | [ ]  Dag [ ]  Natt [ ]  Skift |       |
| Telefonnummer | Arbetsgivare |
|       |       |
| Företagshälsovård      |  |
|  | Telefonnummer/mejladress       |
|  |
| Har du löpande kontakt med din arbetsgivare? [ ]  Nej [ ]  Jamedmedgivare? | Har du tidigare varit sjukskriven? [ ]  Nej [ ]  Ja, ange när:       |
| Vilken diagnos var du sjukskriven för? |
|        |
| Beskriv nuvarande besvär, dvs. funktionsnedsättning (till exempel smärta axlar, rygg, sömnsvårigheter, ömhet i mage, nedstämdhet, ångest, koncentrationssvårigheter, minnesproblematik, yrsel)  |
|        |
| Har du blivit illa behandlad i något sammanhang? Du kan beskriva mer om detta vid besöket.  |
| [ ]  Nej [ ]  Ja fysiskt [ ]  Ja psykiskt |
| Finns det något i arbetsmiljön på din arbetsplats som påverkar dig negativt? |
| [ ]  Nej [ ]  Ja, ange vad:       |
| Kan du lita till att du har den förmåga som krävs för att återgå i arbete? [ ]  Nej [ ]  Ja |
| Behöver du stöd för att din tillit ska öka? [ ]  Nej [ ]  Ja |
| Om du redan är sjukskriven ­- hur ser dina dagar och nätter ut?  |
|       |
| Om du redan är sjukskriven - hur ser du på dina möjligheter att återgå i arbete? Jag räknar med att: [ ]  arbeta i samma omfattning som förut.[ ]  återgå i arbete, men inte i samma omfattning som tidigare.[ ]  återgå i arbete, men för att kunna det krävs det någon form av förändring. [ ]  jag vill återgå i arbete, men tror inte att jag kan det på grund av min sjukdom.[ ]  Annat, nämligen:       |

|  |
| --- |
| Namn: Personnummer: |
| **Beskriv dina arbetsuppgifter mer detaljerat nedan.** Om du har en annan sysselsättning än arbete, beskriv de problem du har i det dagliga livet. Markera med ett kryss i tabellen hur stort problemet är, om du upplever att du har ett problem. På raden intill frågan kan du beskriva dina arbetsuppgifter. |
| **Fråga** | Nej/inget | Lätt | Måttligt | Stort | Totalt | Beskriv gärna den arbetsuppgift eller sysselsättning som du har svårt att klara av, kopplat till frågan |
| 1 | Har du problem med att förstå muntliga eller skriftliga instruktioner? |  |  |  |  |  |  |
| 2 | Har du problem med att följa handlingen i en text och lära dig innehållet? |  |  |  |  |  |  |
| 3 | Har du problem med att komma ihåg om du svarade på ett mejl eller ringde ett samtal igår? |  |  |  |  |  |  |
| 4 | Har du svårt med att lösa problem och att fatta beslut? |  |  |  |  |  |  |
| 5 | Har du problem med att genomföra en uppgift tills den är slutförd? |  |  |  |  |  |  |
| 6 | Har du problem att planera, prioritera och organisera dagens och arbetets aktiviteter? |  |  |  |  |  |  |
| 7 | Har du problem med att hantera stress, krav och förändringar? |  |  |  |  |  |  |
| 8 | Har du problem med att möta, ta kontakt eller samarbeta med andra människor?  |  |  |  |  |  |  |
| 9 | Har du problem med att vistas i miljöer med starkt ljud eller ljus? |  |  |  |  |  |  |
| 10 | Har du problem med humörsvängningar? |  |  |  |  |  |  |
| 11 | Har du problem med att gå eller stå i mer än 15 minuter och att röra dig? |  |  |  |  |  |  |
| 12 | Har du problem med att lyfta och bära föremål? |  |  |  |  |  |  |
| 13 | Har du problem med att arbeta med armarna ovan axelhöjd? |  |  |  |  |  |  |
| 14 | Har du problem med att sköta din hygien och att klä på dig? |  |  |  |  |  |  |