

Några frågor inför eventuell sjukskrivning

Vid ditt planerade läkarbesök kommer läkaren ta ställning till om sjukskrivning är en lämplig åtgärd för dina besvär. Om läkaren bedömer det är det av största vikt att sjukintyget innehåller tillräcklig information om ditt sjukdomstillstånd och din nedsatta arbetsförmåga så att Försäkringskassan kan bedöma din rätt till sjukpenning. Fyll därför i detta formulär före läkarbesöket.

Mer information om sjukskrivning och rätten till sjukpenning hittar du på www.forsakringskassan.se

Datum: _____

Namn: _____ Personnr: _____

Arbetsgivare: _____ Arbetslös

Tjänstgöringsform: Tillsvidare Vikariat Timvikarie

Tjänstgöringsgrad: _____ % Arbetstider: Dag Natt Skift

Följande frågor är till för att få en uppfattning om på vilket sätt din sjukdom/skada påverkar din möjlighet att utföra arbete.

ALLMÄNNA FRÅGOR

1. Från vilket datum har du på grund av sjukdom/skada inte haft möjlighet att arbeta?

2. Beskriv kortfattat det aktuella sjukdoms-/skadeförloppet.

3. Har du varit sjukskriven tidigare, i så fall av vilken orsak?

4. Utgör något av följande ett hinder för din möjlighet att arbeta?

- Svårigheter på arbetet, med chefen
- Svårigheter på arbetet, med arbetskamrater
- Resor till och från arbetet
- Min familjesituation
- Ingenting av ovanstående

FRÅGOR OM DINA AKTUELLA BESVÄR (*F=funktionsnedsättning*)

1. Beskriv dina aktuella besvär eller sjukdomssymtom (t ex smärta i axlar, värk, magont, sömnsvårigheter, nedstämdhet, ångest, yrsel, minnesproblematik)

FRÅGOR OM DINA MÖJLIGHETER ATT ARBETA (*A=aktivitetsnedsättning*)

1. Ange ditt yrke och dina nuvarande arbetsuppgifter.

2. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du fortfarande utföra trots sjukdom/skada?

3. Vilka typer av arbetsuppgifter kan du för närvarande INTE ALLS utföra?

4. Vad är orsaken till att du inte klarar att utföra ovanstående arbetsuppgifter?
(t ex nedsatt kraft/rörlighet, svårighet att sitta/stå/gå/lyfta/bära, nedsatt uthållighet, svårighet att hantera stress, svårighet att påbörja, avsluta eller organisera uppgifter, svårighet med sociala kontakter). OBS! Ge minst 3 exempel!

5. Skulle du klara av att jobba deltid? Ja Nej

Om ja, i vilken omfattning? _____

6. Skulle du lättare kunna utföra arbete om det gjordes förändringar på arbetsplatsen, i så fall vilka? (t ex förändrade arbetsuppgifter eller arbetstider)

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

8. När tror du att du kan börja arbeta igen? Deltid eller heltid.

FRÅGOR OM DIN VARDAG (kryssa för ett alternativ)

- | | | | |
|--|-----------------------------|------------------------------|---------------------------------|
| 1. Har du problem med att sköta din personliga hygien? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 2. Klarar du att städa och laga mat? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 3. Kan du köra bil? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 4. Kan du klara en halvtimmes promenad? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 5. 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 |
| 6. Klarar du av att sitta vid en dator 30 min eller mer? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 7. Klarar du av att läsa tidningar/böcker? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 8. Får du tillräckligt med sömn? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |
| 9. Träffar du/talar du med familj/vänner? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nej | <input type="checkbox"/> Delvis |

ÖVRIGT
