## Rehabiliteringsplan - *Plan för återgång i arbete*

1. **MEDARBETARE**

|  |  |
| --- | --- |
| Förnamn och efternamn | Personnummer |
| E-postadress, arbeteE-postadress, hemma | TelefonnummerMobiltelefon |
| Befattning | Anställd sedan år |
| Ordinarie tjänstgöringsgrad[ ]  Heltid [ ]  Deltid% | Anställningsform[ ]  Tillsvidare [ ]  Tidsbegränsad tom |

1. **ARBETSGIVARE**

|  |  |
| --- | --- |
| Fakultet/motsvarande | Inst/avd/motsvarande |
| Ansvarig chef |
| E-postadress  | Telefonnummer |

1. **ORSAK TILL REHABILITERINGSPLAN**

|  |
| --- |
| [ ]  Tidiga tecken på ohälsa [ ]  Sjukskriven [ ]  Upprepad korttidsfrånvaro *Antal tidigare tillfällen med sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Annan anledning |
| När började eventuell sjukskrivningsperiod samt omfattning |
| Sjukskrivande läkare | Behandlande läkare |
| Deltar Företagshälsovården i utredningen[ ]  Ja [ ]  Nej | Kontaktperson Företagshälsovården |

1. **ORSAK TILL NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA**

|  |
| --- |
|  |

Om rutan ej räcker till, använd baksidan

|  |
| --- |
| Är nuvarande besvär anmält som arbetsskada? [ ]  Ja [ ]  Nej  |

|  |
| --- |
| Beräknas medarbetaren återgå till arbete i ordinarie tjänstgöringsgrad inom kort?[ ]  Ja, fortsätt till punkt 8 (gäller ej om rehabiliteringsplanen görs på grund av upprepad korttidsfrånvaro) [ ]  Nej, fortsätt nedan  |

1. **ARBETSFÖRHÅLLANDEN**

|  |
| --- |
| Beskriv ordinarie arbetsuppgifter |
| Vilka arbetsuppgifter kan den anställde utföra trots besvären på hel- eller deltid |
| Vilka är medarbetarens egna förslag till arbetsanpassning och/eller rehabiliteringsåtgärder  |
| På vilket sätt kan ordinarie arbetsuppgifter tillfälligt förändras så att medarbetaren kan vara kvar i arbete? |
| Har ni tidigare förändrat/erbjudit förändringar av medarbetarens arbetsuppgifter?[ ]  Ja [ ]  Nej Om ja, vilka förändringar genomfördes? Resultat? |

1. **HANDLINGSPLAN**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vad ska göras? | Vem ansvarar för att det genomförs? | När ska det ske? | Uppföljning, när,var, vilka? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| På vilket sätt håller ni kontakt med varandra under sjukskrivningen? Chef/medarbetare |

1. **MÅL MED REHABILITERINGEN**

|  |
| --- |
| Vad ska ha uppnåtts inom 3 månader? |
| Vad ska ha uppnåtts inom 6 månader? |
| Vad ska ha uppnåtts inom 12 månader? |

1. **FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER**

|  |
| --- |
| Vilka ytterligare åtgärder behöver genomföras för att förhindra eventuell framtida ohälsa för medarbetaren? |
| Vad ska göras? | Vem ansvarar för att det genomförs? | När ska det ske? | Uppföljning, när,var, vilka? |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **ÖVRIGA UPPLYSNINGAR**

|  |
| --- |
| *Ex. Pågår behandling eller andra medicinska åtgärder?**Kommer medarbetaren att kunna utföra sitt vanliga arbete efter eventuell medicinsk behandling/sjukskrivning?* |

1. **UNDERSKRIFT**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Datum |
| Arbetsgivarens underskrift | Medarbetarens underskrift |
| Facklig företrädare eller annan medverkande |  |

Uppgifterna som kommer fram i rehabiliteringsplanen ska hanteras varsamt.

Alla berörda påminns om tystnadsplikten.

Rehabiliteringsplanen upprättas och undertecknas i två exemplar där medarbetaren behåller ett exemplar och det andra exemplaret skickas till HR-avdelningen för lagring i personalakt.