



## Arbetsgivarens beskrivning av arbetstagarens arbete, arbetsförhållanden och hur personen klarar av arbetet

Den person som bäst känner till arbetstagarens arbete och förmåga att klara av arbetet och HR ska gärna vara med om att fylla i blanketten. Vid behov kan svaren fortsätta på en separat bilaga.

<b>1) Personupp- gifter och anställningstid</b>	a) Efternamn och förnamn	b) Personbeteckning
	c) Arbetsgivare	
	d) Yrkesbeteckning	e) Från och med när har arbetstagaren varit anställd hos er?
<b>2) Arbetsuppgifter</b>	a) Arbetstagaren har <input type="checkbox"/> dagsarbete <input type="checkbox"/> skiftarbete <input type="checkbox"/> heltidsarbete <input type="checkbox"/> deltidsarbete	
	b) Beskrivning av arbetsuppgifterna	
	c) Har det skett betydande förändringar i arbetsuppgifterna? Om ja, när och hurdana? Hurdant arbete hade arbetstagaren tidigare?	
	d) Hurdan utbildning kräver arbetsuppgifterna?	
<b>3) Arbets- förhållanden</b>	a) Beskrivning av arbetsförhållandena (buller, damm, hetta, kyla, exponering för skadliga ämnen, risk för olycksfall osv.)	
	b) Ingår det fysiskt eller psykiskt belastande faktorer i arbetet (arbetstakt, arbetsställningar osv.)?	
<b>4) Förmåga att klara av arbetet</b>	a) Beskriv hur arbetstagaren klarar av sitt arbete.	

	b) Har arbetstagarens arbetsuppgifter bytts eller har arbetstagaren övergått till lättare uppgifter på grund av sjukdom?
<b>5) Företagshälsovården och sjukskrivning</b>	Foga uppgifter om arbetstagarens sjukskrivningar under de tre senaste åren till utlåtandet. a) Var är arbetstagarens företagshälsovård ordnad?
	Kontaktuppgifter
	b) Har arbetstagarens arbetsförmåga utretts i samarbete med företagshälsovården? Om ja, när? (Bifoga eventuellt utlåtande/eventuell promemoria över diskussionen)
<b>6) Möjlighet till deltidsarbete</b>	Finns det möjligheter att ordna deltidsarbete för arbetstagaren på den nuvarande arbetsplatsen eller på någon annan plats hos samma arbetsgivare? Om det inte finns möjligheter till deltidsarbete, ange orsaken här.
<b>7) Rehabilitering, möjligheter att byta arbete och behov av utbildning</b>	a) Har möjligheterna till yrkesinriktad rehabilitering utretts? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja; slutresultat:
	b) Är det möjligt att ordna med annat, lämpligare arbete för arbetstagaren? Med hurdan arbetsprövning/utbildning kunde en omplacering vara möjlig? Om det inte är möjligt att ordna med arbetsarrangemang, ange orsaken här.
	c) Behöver arbetstagaren ytterligare utbildning för att ett lämpligt arbete ska kunna ordnas? Hurdan utbildning?
<b>8) Ytterligare information</b>	
<b>9) Kontaktperson</b>	Vem kan svara på frågor om rehabilitering/arbetsarrangemang?
<b>10) Underskrifter</b>	a) Datum                      Underskrift av arbetsgivarens representant, namnförtydligande och ställning
	b) Datum                      Arbetstagarens underskrift och namnförtydligande