**Personuppgifter Datum**

Frågeformuläret är till för att du ska förbereda dig på frågor om din hälsa, arbetsförmåga och din arbetssituation. Uppgifterna behövs för att utreda ditt behov av åtgärder som kan gynna din förmåga att arbeta. Uppgifterna kan också ligga till grund för ett läkarintyg vid en eventuell sjukskrivning.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Namn | | | | | | | | | | Personnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| E-post | | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Yrke/Befattning | | | | | Arbetstider | | | Tjänstgöringsgrad, % | | | Viss tid/tills vidare? |
|  | | | | |  | | |  | | |  |
| Skiftarbete, % | | | | | Om ja, vilket skift | | | | | | |
|  | Ja | |  | Nej |  | | | | | | |
| Arbetsuppgifter, beskriv konkret. Arbetssökande, beskriv arbeten du söker | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Hur ser en vanlig arbetsdag ut (inklusive rast)? | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Arbetsuppgifter du kan utföra, trots besvär | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Arbetsuppgifter du inte kan utföra, på grund av besvär | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Sjukskriven från och med | | | | | | | Har du tidigare varit sjukskriven? | | | | |
|  | | | | | | | Nej  Ja, ange när | | | | |
| För vilka besvär var du tidigare sjukskriven? | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Beskriv nuvarande besvär och ange när de började | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Har du andra sjukdomar eller besvär som du tror kommer att påverka dina möjligheter att kunna arbeta? Om ja, beskriv här: | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Trivs du med dina arbetsuppgifter? | | | | | Trivs du med dina arbetskamrater? | | | Trivs du med din arbetsledning? | | | Finns det konflikter på arbetet? |
| Ja  Nej | | | | | Ja  Nej | | | Ja  Nej | | | Ja  Nej |
| Har du kontakt med någon annan person/profession när det gäller din behandling? | | | | | | | | | | | |
| Nej  Ja, ange vilken/vilka | | | | | | | | | | | |
| **Förutsättningar** | | | | | | | | | | | |
| Arbetssökande | | | | | | Inskriven på Arbetsförmedling | | | | Studerande | |
| Ja  Nej | | | | | | Ja  Nej | | | | Ja  Nej | |
| Sjuk-/aktivitetsersättning | | | | | | Föräldraledig | | | |  | |
| Ja  Nej | | | | | | Ja  Nej | | | |  | |
| Kontaktperson hos Försäkringskassan | | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Kontaktperson hos Arbetsförmedlingen | | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Kontaktperson hos Socialtjänst | | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Kontaktperson hos Företagshälsovård | | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Har utredning gjorts tidigare hos någon av ovanstående parter? | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Vilken betydelse har arbetet för dig, utöver betydelse som inkomstkälla? | | | | | | | | | | | |
| Mycket stor betydelse | | | | | Stor betydelse | | | Viss betydelse | | | Ingen betydelse |
| Hur ser du på din arbetssituation? | | | | | | | | | | | |
|  | | Jag räknar med att kunna återgå till/fortsätta mitt nuvarande arbete och arbeta i samma utsträckning som tidigare. | | | | | | | | | |
|  | | Jag räknar med att kunna återgå i arbete/fortsätta arbeta, men tror inte att jag kan arbeta i samma utsträckning som tidigare. | | | | | | | | | |
|  | | Jag skulle kunna återgå i arbete/fortsätta arbeta, men för det krävs det någon form av förändring (anpassning, utbildning, annat arbete, annan arbetsplats). | | | | | | | | | |
|  | | Jag vill återgå i arbete/fortsätta att arbeta, men tror inte att jag kan på grund av min sjukdom. | | | | | | | | | |
| Annat, nämligen | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| Nuvarande arbetsförmåga, jämfört med när den var som bäst under livstiden.  10 poäng motsvarar din arbetsförmåga när den var som bäst och 0 betyder att du inte alls kan arbeta. Vilket poängtal har din nuvarande arbetsförmåga? | | | | | | | | | | | |
| 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10 | | | | | | | | | | | |
| Kan inte arbeta | | | | | | | | | Arbetsförmågan är som bäst | | |
| **Arbetsgivare** | | | | | | | | | | | |
| Arbetsgivare, namn | | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |
| Kontaktperson hos arbetsgivare | | | | | | | | | | Telefonnummer | |
|  | | | | | | | | | |  | |