

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	Syssetsättning <input type="checkbox"/> Arbete <input type="checkbox"/> Studier <input type="checkbox"/> Arbetsökande <input type="checkbox"/> Egenföretagare <input type="checkbox"/> Föräldraledighet <input type="checkbox"/> Annat:	
Personnummer	Arbetar <input type="checkbox"/> Dag <input type="checkbox"/> Natt <input type="checkbox"/> Skift	Tjänstgöringsgrad, %
Telefonnummer	Arbetsgivare	
Företagshälsovård	Telefonnummer/mejladress	

Har du löpande kontakt med din arbetsgivare? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Har du tidigare varit sjukskriven? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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. <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja fysiskt <input type="checkbox"/> Ja psykiskt	
Finns det något i arbetsmiljön på din arbetsplats som påverkar dig negativt? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja, ange vad:	
Kan du lita till att du har den förmåga som krävs för att återgå i arbete? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja Behöver du stöd för att din tillit ska öka? <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> 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: <input type="checkbox"/> arbeta i samma omfattning som förut. <input type="checkbox"/> återgå i arbete, men inte i samma omfattning som tidigare. <input type="checkbox"/> återgå i arbete, men för att kunna det krävs det någon form av förändring. <input type="checkbox"/> jag vill återgå i arbete, men tror inte att jag kan det på grund av min sjukdom. <input type="checkbox"/> 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?						