

Namn:.....

Personnummer:.....

Arbetsrelaterade frågor

För att du ska kunna få bästa möjliga stöd för konsultation, behandling och rehabilitering av dina symtom och besvär ber vi dig fylla i/svara på nedanstående frågor som gäller din arbetssituation. Läkaren eller annan person som behandlar dig eller samordnar din rehabilitering kommer att använda det som ett samtalsunderlag tillsammans med dig.

**Om du behöver stöd att förstå frågorna så tala med din läkare eller annan vårdpersonal.
Din arbetssituation (kryssa i vad som gäller för dig)**

- Anställd. Var?.....
I vilken funktion? Vad gör du?.....
- Jag arbetar 100% Deltid.....% Timanställd
- Är din arbetsgivare ansluten till Företagshälsovård?.....
- Arbetsökande. Inom vad?.....
- Egenföretagare. Inom vad?.....
- Student. Inom vad?.....
- Föräldraledig. Arbetar annars med.....
- Annat. Vad?.....

Eventuell sjukskrivning

- Jag är inte sjukskriven
- Jag har tidigare varit sjukskriven för samma besvär annat
- Jag är sjukskriven% sedan..... av vem?.....

1. Om du är sjukskriven eller upplever ett behov av att sjukskrivas, hur bedömer du din möjlighet att återgå i arbete inom kort?

- Bra förutsättningar
- Dåliga förutsättningar
- Vet inte

2. Vilken koppling ser du att dina symtom, besvär, eventuell stress/ångest/nedstämdhet har med ditt nuvarande arbete, eller avsaknad av arbete?

- Ingen koppling till mina besvär
- Liten
- Ganska stor
- Stor koppling

Kan du beskriva på vilket sätt? Fundera och berätta för din läkare/behandlare.

3. Om förutsättningarna var annorlunda i ditt arbete, skulle det minska dina besvär?

- Ja, på vilket sätt?.....
- Nej, i så fall varför inte?.....

4. Har du diskuterat dina besvär och/eller arbetssituation med din närmaste chef?

- Ja. Vad uppfattar du ges för möjligheter till förändringar på din arbetsplats på; kort sikt, på längre sikt?.....
- Nej. Om nej, varför inte?.....

5. Ser du en möjlighet att själv ta ett samtal om behov av förändringar i ditt arbete med din arbetsgivare och/eller med stöd från vården, Företagshälsovård och/eller Försäkringskassan?

- Ja. Vem?.....
- Nej Om nej, Varför inte?.....

6. Om nej, önskar du ev. stöd för en kartläggning av möjligheterna till en annan framtida arbetssituation med Arbetsförmedlingen och Försäkringskassan?

- Ja
- Nej

7. Ger du samtycke till kontakt med din arbetsgivare och eller Försäkringskassan vid eventuellt behov av samverkan kring din situation?

- Ja
- Nej