

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund

Arende nr (1)

**1. Uppgifter om den anställda och arbetsgivaren**

Förnamn och efternamn	
Den anställdes första sjukdag 28.03.2011	Företagshälsovården använder blanketten för att redovisa koordinerande insatser inom 45 dagar från den anställdes första sjukdag

**2. Uppgifter om anordnaren av företagshälsovård**

Namn Ådalshälsan AB		
Eventuell underleverantör	Namn på den som lämnat redovisningen Karin Nord	Telefon 0612-84250
Utdelningsadress Järnvägsgatan 16	Postnummer och ort 872 35 Kramfors	

**3. Kartläggning av hinder och resurser**

Har ni gjort en kartläggning av den anställdes hinder och resurser, t.ex enligt den struktur som finns i Försäkringskassans SASSAM-kartläggning?		
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Kartläggningen bifogas	<input type="checkbox"/> Nej. Ange nedan varför ni inte gjort detta
Kommentar		

70081102

**4. Funktionsutredning**

Har ni gjort en funktionsutredning? (fysisk och/eller psykisk)		
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Utredningen bifogas	<input type="checkbox"/> Nej. Ange nedan varför ni inte gjort detta
Kommentar		

**5. Arbetsplatsbesök**

Har ni gjort ett arbetsplatsbesök?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Utredningen bifogas	<input checked="" type="checkbox"/> Nej. Ange nedan varför ni inte gjort detta
Kommentar Undertecknad har regelbundet återkommande gjort besök på arbetsplatsen varför detta inte bedöms nödvändigt		

### 6. Företagshälsovårdens ställningstaganden

Kan arbetshjälpmiddel underlätta för den anställde att återgå i arbete?

Ja  Nej

Kommentar

Pat har redan för en kontorsarbetsplats optimala ergonomiska förhållanden

Har ni tagit ställning till om sjukskrivning på deltid är bättre än på heltid för den anställde?

Ja  Nej

Kommentar

Har ni tagit ställning till om den anställde skulle kunna återgå i arbete med anpassade arbetsuppgifter?

Ja  Nej

Kommentar

Vid rehabmöte med arbetsgivaren har vi planerat för hur anpassning av arbetet kan underlätta arbetsåtergång

Har ni tagit ställning till om den anställde skulle kunna återgå i arbete med ändrade arbetstider?

Ja  Nej

Kommentar

Vi har diskuterat schemaanpassning med syfte att underlätta arbetsåtergång

Har ni tagit ställning till om den anställde skulle kunna arbeta om han eller hon fick reseersättning i stället för sjukpenning?

Ja  Nej

Kommentar

Ej aktuellt

Bedömer ni att det på grund av sjukdomens konsekvenser finns risk för att den anställde inte kan återgå till arbetet hos sin nuvarande arbetsgivare?

Ja  Nej

Kommentar

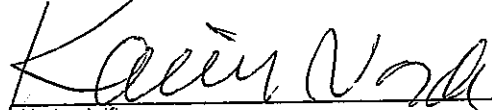
Pat. gör i normala fall ett gott arbete på arbetsstället, helt inställd på att gå tillbaka

70081202

### 7. Övriga upplysningar


	<input type="checkbox"/> Jag lämnar upplysningar i en bilaga

### 8. Underskrift av företagshälsovården

2011-04-29		Karin Nord, företagsläkare
Datum	Underskrift	Namnförtydligande

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

### 9. Underskrift av arbetsgivaren

Jag har tagit del av redovisningen av de koordinerande insatserna		
2011-04-29		
Datum	Underskrift	Namnförtydligande

Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".



A hende m(2)

Skicka blanketten till  
Försäkringskassans inläsningscentral  
839 88 Östersund**1. Uppgifter om den anställda och arbetsgivaren**

Förnamn och efternamn	
Den anställdes första sjukdag 26.03.2011	Företagshälsovården använder blanketten för att redovisa koordinerande insatser inom 45 dagar från den anställdes första sjukdag

**2. Uppgifter om anordnaren av företagshälsovård**

Namn Ådalshälsan AB		Organisationsnummer 556157-8864
Eventuell underleverantör	Namn på den som lämnat redovisningen Karin Nord	Telefon 0612-84250
Utdelningsadress Järnvägsgatan 16		Postnummer och ort 872 35 Kramfors

**3. Kartläggning av hinder och resurser**

Har ni gjort en kartläggning av den anställdes hinder och resurser, t.ex enligt den struktur som finns i Försäkringskassans SASSAM-kartläggning?		
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Kartläggningen bifogas	<input type="checkbox"/> Nej. Ange nedan varför ni inte gjort detta
Kommentar		

70081102

**4. Funktionsutredning**

Har ni gjort en funktionsutredning? (fysisk och/eller psykisk)		
<input checked="" type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Utredningen bifogas	<input type="checkbox"/> Nej. Ange nedan varför ni inte gjort detta
Kommentar		

**5. Arbetsplatsbesök**

Har ni gjort ett arbetsplatsbesök?		
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Utredningen bifogas	<input checked="" type="checkbox"/> Nej. Ange nedan varför ni inte gjort detta
Kommentar		
Undertecknad har genom mina tidigare upprepade arbetsplatsbesök redan god kännedom om arbetsplatsen varför detta utöver det besök som görs vid rehabmötet inte bedöms som nödvändigt		

### 6. Företagshälsovårdens ställningstaganden

Kan arbetshjälpmedel underlätta för den anställda att återgå i arbete?  
 Ja  Nej  
Kommentar

Har ni tagit ställning till om sjukskrivning på deltid är bättre än på heltid för den anställda?  
 Ja  Nej  
Kommentar  
Pat. är redan tillbaka i partiellt arbete, vi räknar med succesivt upptrappad arbetsåtergång

Har ni tagit ställning till om den anställda skulle kunna återgå i arbete med anpassade arbetsuppgifter?  
 Ja  Nej  
Kommentar  
Pat. har redan anpassade arbetsuppgifter

Har ni tagit ställning till om den anställda skulle kunna återgå i arbete med ändrade arbetstider?  
 Ja  Nej  
Kommentar  
Hon har redan anpassning av arbetstiden med syfte att underlätta

Har ni tagit ställning till om den anställda skulle kunna arbeta om han eller hon fick reseersättning i stället för sjukpenning?  
 Ja  Nej  
Kommentar  
Dock ej aktuellt

Bedömer ni att det på grund av sjukdomens konsekvenser finns risk för att den anställda inte kan återgå till arbetet hos sin nuvarande arbetsgivare?  
 Ja  Nej  
Kommentar

70081202

### 7. Övriga upplysningar

Vid rehabiliteringsmöte idag så har vi diskuterat hur hennes chef kan stötta henne  Jag lämnar upplysningar i en bilaga

### 8. Underskrift av företagshälsovården

2011-04-08 Datum Karin Nord Underskrift Karin Nord, företagsläkare Namnförtydligande  
Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

### 9. Underskrift av arbetsgivaren

Jag har tagit del av redovisningen av de koordinerande insatserna  
2011-04-08 Datum [Signature] Underskrift [Signature] Namnförtydligande  
Uppgifterna hanteras i Försäkringskassans datasystem. Läs mer i broschyren "Försäkringskassans personregister".

FK 7008 (003 F 001) Fastställt av Försäkringskassan