

Bedömning inför eventuell sjukskrivning

För att vården ska kunna hjälpa dig på bästa sätt behöver vi veta mer om hur din vardag både hemma och på arbetet/studier fungerar. Fyll i blanketten innan besöket för att öka möjligheten till korrekt medicinsk bedömning.

Namn:

Datum (ÅÅ-MM-DD):

Personnummer (ÅÅÅÅ-MM-DD):

1. Yrke och utbildning:

2. Arbetslös? Nej Ja

Från vilket datum? (ÅÅ-MM-DD)

3. Studerande? Nej Ja

Om ja, vad?.....

4. Arbetsgivare?

5. Tjänstgöringsform? Fast/tillsvidare Vikariat Timvikarie

6. Tjänstgöringsgrad? Heltid Deltid

Om deltid, hur många procent? 25% , 50% , 75% , 100%

Om, annat ange i procent:

7. Arbetstider: Dag Natt Skift

8. Pågående sjukskrivning? Nej Ja

Om ja, hur många procent?%

Från vilket datum? (ÅÅ-MM-DD).....

9. Från vilket datum har du på grund av dina begränsningar/sjukdom/skada inte kunnat arbeta, alternativt klara dina studier?

(ÅÅ-MM-DD)

10. Finns det någon tidigare utredning gjord i samband med dina begränsningar/sjukdom/skada? Nej Ja

11. Har du en pågående kontakt i vården? Nej Ja

Om ja, ange vad, var och vem som är ansvarig?

.....
.....

Aktuella problem (F = funktionsnedsättning)

1. Vilken sjukdom eller skada gör att du har en nedsatt arbetsförmåga? Ange vilken/vilka.

Välj aktuella problem, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

- Skada till följd av olycka
- Muskuloskeletala sjukdomar i rygg, armar, ben eller annan del av kroppen
- Smärta/stelhet
- Hjärt/kärlsjukdomar
- Luftvägssjukdomar
- Psykiska störningar
- Sjukdom i nervsystemet el öron, ögon
- Sjukdom i mage eller matsmältningsorgan
- Sjukdom i urinvägar eller könsorgan
- Hudsjukdom
- Tumör eller cancer
- Ämnesomsättningssjukdom
- Blodsjukdom
- Medfödd funktionsnedsättning
- Annan sjukdom eller funktionsnedsättning

• Om ja på ovanstående fråga, ange vad:

.....

2. Besvärsgrad för smärta/stelhet

Ange graden av problem med smärta och stelhet från 0 (=inget problem) till 4 (=totalt problem). Välj aktuella problem, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

	Inget 0 problem	Lätt 1 problem	Måttligt 2 problem	Stort 3 problem	Totalt 4 problem
• Huvud/nacke	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Rygg/bäcken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Höfter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Knän	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Fötter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Axlar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Armbågar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Händer/fingra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Annat:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, ange var du har problem med smärta och eller stelhet

.....

3. Ange problem och svårigheter i din vardag

Ange graden av problem och svårigheter från 0 (=inget problem) till 4 (=totalt problem).

	0 Inget problem	1 Lätt problem	2 Måttligt problem	3 Stort problem	4 Totalt problem
Trötthet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sömn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedsatt koncentration/ uppmärksamhet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stress	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nedstämdhet/depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om annat, ange vilket/vilka problem och svårigheter:

.....

4. Hur påverkas din vardag av dina besvär fysiskt, psykiskt och socialt? (spärr).

Ange graden av problem från 0 (=inget problem) till 4 (=totalt problem). Välj aktuella problem, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

	Inget 0 problem	Lätt 1 problem	Måttligt 2 problem	Stort 3 problem	Totalt 4 problem
Fysiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psykiskt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Socialt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frågor om din arbetssituation och aktivitetsförmåga (A=aktivitetsnedsättning)

1. Den nuvarande arbetsförmågan jämfört med när den var som bäst

Vi antar att din arbetsförmåga, då den var som bäst, värderas med 10 poäng. Vilket poängtal skulle du ge din nuvarande arbetsförmåga? (kryssa i lämplig siffra, 0 betyder att du inte alls kan arbeta, 10 betyder du arbetar som allra bäst just nu).

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kan inte arbeta alls										Bästa arbetsförmåga

2. Beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter

Kryssa för den grupp som stämmer bäst med de arbetsuppgifter du har, kan vara flera alternativ.

- Administration/arbetsledning/stillasittande
- Tunga arbetsuppgifter/frekventa lyft/industriarbete
- Transport
- Kundkontakt/handel
- Skog/natur/jordbruk
- Vård och omsorg
- Undervisning
- Annat (fritext)

3. Vad kan du göra trots dina problem?

Sittande:

30 minuter

1 timmar

≥2 timmar

Promenader:

1 km

2 km

3 km

4 km eller mer

Städa (ex mitt hem, bilen):

Nej

Ja

Handla:

Nej

Ja

Lyft:

2 kg

3 k g

5 kg

10 kg eller mer

Trädgårdsarbete:

Nej

Ja

Annat:

4. Beskriv varför du inte har full arbetsförmåga på ditt nuvarande arbete

Kryssa i det som beskriver dina begränsningar till full arbetsförmåga, kan vara ett eller flera alternativ. Detta för att vi ska få en så tydlig bild som möjligt av dina aktuella problem.

Fysiskt:

Tungt

Monotont

Arbetsställning

Psykiskt:

Stress

Oro

Ångest

Mobbing

Sömnpromblem

Arbetsuppgifter

Arbetstider

Socialt:

Låg grad av stöd från chef

Låg grad av stöd från arbetsgruppen, mina arbetskamrater

Annat:

5. Finns det något som kan underlätta för dig för att vara kvar/återgå till ditt arbete?

Anpassade arbetsuppgifter

Anpassat schema/tider

Samtalsstöd

Stöd från chef

Stöd från arbetskamrater

Om annat, ange vad:.....

.....

6. Har du själv gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?

Detta kan vara förändringar på arbetet eller på fritiden, förändrade levnadsvanor (kost, fysisk aktivitet, tobak, alkohol, sömn och stress).

Nej Ja

Om ja, vad?.....

7. Har din arbetsgivare gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?

Som exempel samtalsstöd, företagshälsovård, anpassade arbetsuppgifter, anpassade arbetstider, införskaffat hjälpmedel, ergonomi.

Nej Ja

Om ja, vad?

.....

8. Har du någon gång under denna perioden haft/har kontakt med arbetsförmedlingen?

Nej Ja

Om ja, vad?

.....

.....

9. Tror du att du kan börja arbeta igen inom 3 månader?

Nej Ja

10. Om ja på föregående fråga, kan du börja arbeta deltid eller heltid?

Heltid

Deltid

Om deltid, hur många procent?.....%