

Ärendebeskrivning

Datum: _____ Företag: _____

Uppgifter om den anställda

Ansvarig chef

Namn	Namn
Personnummer	Telefonnummer
Telefonnummer	E-postadress
E-postadress	
Anställningsgrad	
Anställning sedan (datum)	

1. Kort beskrivning av den anställdes arbetsuppgifter:
2. Aktuellt (kort beskrivning av nuläget och anledning till kontakt med företagshälsan):
3. Ange sjukskrivningsgrad
 - Sjukskriven 100% (sjukskriven sedan datum: _____)
 - Sjukskriven deltid (ange sjukskrivningsgrad: _____, sjukskriven sedan datum: _____)
 - Hög sjukfrånvaro (ange antal sjukfrånvaro/övrig frånvaro de senaste 6 månaderna _____/dagar)
 - Ej sjukskriven
4. Har den anställda en pågående kontakt med Försäkringskassan?
 - Ja
 - Nej
5. Senaste kontakt med sjukvården/annan företagshälsa: _____
6. Beskriv gärna önskemål, förväntningar och målbild (tex önskade behandlingsinsatser/rehab-insatser)
7. Önskat tidsperspektiv för att påbörja insatser:
8. Är den anställda informerad om kontakt med företagshälsan? Finns medgivande från den anställda?
 - Ja
 - Nej
9. Övrigt:

Fyll i denna blankett och skicka genom att ladda upp i formuläret på: www.ekebyhalsocenter.se/kontaktaoss