

Frågeformulär vid nedsatt arbetsförmåga

(inför exempelvis ansökan om sjukpenning)

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 medicinskbedömning.

Datum.....

Namn.....Personnummer.....

Yrke.....

Arbetsgivare..... Arbetslös

Studerande

Tjänstgöringsform: Fast Vikariat Timvikarie

Tjänstgöringsgrad (%)

Arbetstider: Dag Natt Skift

1. Från vilket datum har du på grund av din skada/sjukdom inte kunnat arbeta? (ange år och datum, exempevis 2020-01-01)

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

3. Finns det någon tidigare utredning gjord i samband med din skada/
sjukdom/symtom?

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

Om ja, ange var och vem som är ansvarig.

Aktuella besvär (F = funktionsnedsättning)

1. Beskriv dina nuvarande besvär (till exempel värk, trötthet, nedsatt
koncentration, sömnbesvär, nedstämdhet).

2. Hur påverkas din vardag av dina besvär?

Frågor om din arbetssituation (A = Aktivitetsnedsättning)

1. Beskriv dina nuvarande arbetsuppgifter.
2. Vad kan du göra trots dina begränsningar/sjukdom/skada?
3. Beskriv varför du inte har full arbetsförmåga på ditt nuvarande arbete.
4. Finns det något som kan underlätta för dig för att vara kvar/återgå till ditt arbete?
5. Har du själv gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?
6. Har din arbetsgivare gjort några förändringar/förbättringar för att förbättra din situation?
7. När tror du att du kan börja arbeta igen?

8. Kan du börja arbeta deltid eller heltid?