

Työntekijän työn ja työntekijän työssä selviytymisen parhaiten tuntevan henkilön ja henkilöstöhallinnon olisi hyvä olla mukana lomakkeen täyttämässä.

Voitte täydentää vastauksianne kohdassa 7) Lisätietoja. Tarvittaessa voitte liittää lomakkeeseen muita selvityksiä. Merkitkää liitteisiin työntekijän nimi ja henkilötunnus.

### 1. Työntekijä

Henkilötunnus	Sukunimi
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Etunimet	
<input type="text"/>	

### 2. Työssäoloaika

Kuinka kauan työntekijä on ollut nykyisessä tehtävässään?
<input type="text"/>
Päivittäinen / viikoittainen työaika?
<input type="text"/>
Milloin työntekijä on aloittanut työskentelynsä palveluksessanne?
<input type="text"/>
Jatkuuko työntekijän työ- tai palvelussuhde?
<input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei
Milloin työ- tai palvelussuhde on päättynyt tai päättyy?
<input type="text"/>
Päättymisen syy
<input type="text"/>

### 3. Työtehtävät ja työolosuhteet

Mikä on työntekijän ammattinimike?
<input type="text"/>
Työntekijän työ on ollut
<input type="checkbox"/> päivätyötä <input type="checkbox"/> kokoaikatyötä <input type="checkbox"/> aikapalkkaista
<input type="checkbox"/> vuorotyötä <input type="checkbox"/> osa-aikatyötä <input type="checkbox"/> suoritepalkkaista
Minkälaisia työtehtäviä työhön on sisällynyt nykyisessä ja aiemmissa tehtävissä?
<input type="text"/>
Kuvaus työtiloista ja työolosuhteista (melu, pöly, veto, kuumuus, kylmyys, altistavat aineet, tapaturmariski jne.) Käytetäänkö työssä suojavarusteita?
<input type="text"/>

Ovatko työntekijän työtehtävät muuttuneet tai onko työntekijä siirtynyt työuransa aikana kevyempiin työtehtäviin?  
Milloin ja miten työtehtävät ovat muuttuneet? Ovatko muutokset vaikuttaneet työntekijän työaikaan ja työmäärään?

Onko työtä automatisoitu tai onko työssä työtä keventäviä laitteita?

Onko työntekijän työssä ollut tehtäviä, jotka ovat sisältäneet merkittävässä määrin

1) suurta lihasvoimaa edellyttäviä tai lihaksia pitkäkestoisesti kuormittavia työliikkeitä

Ei  Kyllä

2) hengitys- ja verenkiertoelimistön erityisen voimakasta kuormittumista

Ei  Kyllä

3) kuormittavia ja hankalia työasentoja

Ei  Kyllä

4) voimaa tai suurta nopeutta vaativia toistuvia työliikkeitä taikka työliikkeitä, jotka sisältävät samanaikaisesti käsien puristusta, kiertoa ja voimaa

Ei  Kyllä

5) työskentelyä erityisen vaativassa tai poikkeuksellista henkistä kuormitusta aiheuttavassa vuorovaikutteisessa työssä

Ei  Kyllä

6) työskentelyä jatkuvaa varuillaan oloa tai erityistä tarkkaavaisuutta edellyttävässä tehtävässä, jossa on korkea tapaturman tai onnettomuuden riski taikka ilmeinen väkivallan uhka

Ei  Kyllä

Jos vastasitte johonkin edellä esitettyyn työnkuvaukseen Kyllä, kuvailkaa työtehtäviä tarkemmin.

#### 4. Selviytyminen työssä

Kuvailkaa miten työntekijä suoriutuu työssään. Onko sairaus haitannut hänen työntekoansa? Jos on, mistä alkaen ja miten? Onko työntekijän työkyky heikentynyt työn asettamien vaatimusten suhteen?

Onko työntekijän työtä ja työtehtäviä muutettu terveydellisten rajoitteiden vuoksi?

Tiedot työntekijän sairauspoissaoloista kahden viime vuoden ajalta.

Onko työntekijälle järjestettävissä muuta hänelle paremmin soveltuvaa työtä tai osa-aikatyötä?

## 5. Kuntoutus

Onko työntekijän kuntoutusmahdollisuuksia selvitetty?

Ei

Ei tietoa

On; miten?

Tarvitseeko työntekijä mielestänne lisäkoulutusta sopivan työn järjestämiseksi? Millaista koulutusta?

## 6. Työterveyshuollon yhteystiedot

Mistä työntekijää koskevat työterveyshuollon tiedot ovat saatavissa?

Nimi

Osoite

Puhelinnumero

## 7. Lisätietoja. Merkitkää numerolla mihin lomakkeen kohtaan viittaatte.

## 8. Tietojen antajan yhteystiedot

Nimi

Asema / tehtävä

Puhelinnumero

## 9. Allekirjoitus

Päiväys

Allekirjoitus ja nimenselvennys