

Det är bra om den person som bäst känner till arbetstagarens arbete och förmåga att klara av arbetet är med om att fylla i blanketten.

Ni kan komplettera svaren i punkt 7. Tilläggsuppgifter. Vid behov kan ni bifoga andra utredningar till blanketten. Skriv arbetstagarens namn och personbeteckning i bilagorna.

1. Arbetstagaren

Personbeteckning	Efternamn
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Alla förnamn	
<input type="text"/>	

2. Tiden i arbete

Hur länge har arbetstagaren arbetat med sina nuvarande uppgifter?
Arbetstid per dag / per vecka
När har arbetstagaren börjat arbeta hos er?
Fortgår anställningsförhållandet?
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
När har anställningsförhållandet upphört eller när kommer det att upphöra?
Orsaken till att anställningsförhållandet upphör(t)

3. Arbetsuppgifter och arbetsförhållanden

Vilken är arbetstagarens yrkesbeteckning?
Arbetstagarens arbete har varit
<input type="checkbox"/> dagarbete <input type="checkbox"/> heltidsarbete <input type="checkbox"/> tidsavlönat
<input type="checkbox"/> skiftarbete <input type="checkbox"/> deltidsarbete <input type="checkbox"/> prestationsavlönat
Hurdana arbetsuppgifter har det ingått i arbetet i de nuvarande och tidigare uppgifterna?
Beskrivning av arbetslokaler och arbetsförhållanden (buller, damm, drag, hetta, kyla, exponering för skadliga ämnen, risk för olycksfall osv.) Ska man använda skyddsutrustning i arbetet?

Har arbetstagarens arbetsuppgifter ändrats eller har arbetstagaren övergått till lättare uppgifter under sin yrkesbana?
När och hur har arbetsuppgifterna ändrats? Har ändringarna påverkat arbetstagarens arbetstid och arbetsmängd?

Har arbetet automatiserats eller används det apparater som gör arbetet lättare?

Har det i arbetstagarens arbete ingått uppgifter som i hög grad har innehållit

1) arbetsrörelser som kräver stor muskelstyrka eller som belastar musklerna långvarigt

Nej Ja

2) särskilt hög belastning på andnings- och cirkulationsorganen

Nej Ja

3) belastande och besvärliga arbetsställningar

Nej Ja

4) upprepade arbetsrörelser som kräver styrka eller stor snabbhet eller arbetsrörelser som samtidigt kräver att handen griper, gör en vridande rörelse och använder kraft

Nej Ja

5) interaktivt arbete som är särskilt krävande och medför exceptionell psykisk belastning

Nej Ja

6) arbete med uppgifter som kräver ständig vaksamhet eller särskild uppmärksamhet och där det finns hög risk för olycksfall eller olycka eller uppenbar risk för våld?

Nej Ja

Om ni har svarat "ja" på någon av punkterna ovan, beskriv arbetsuppgifterna närmare.

4. Förmåga att klara av arbetet

Beskriv hur arbetstagaren klarar av sitt arbete. Har sjukdomen försvårat arbetet? Hur och sedan vilken tidpunkt i så fall?
Har arbetstagarens arbetsförmåga försämrats i förhållande till de krav som arbetet ställer?

Har arbetstagarens arbete och arbetsuppgifter ändrats på grund av hälsorelaterade begränsningar?

Uppgifter om arbetstagarens sjukfrånvaro under de två senaste åren.

Är det möjligt att ordna med annat, lämpligare arbete eller deltidsarbete för arbetstagaren?

5. Rehabilitering

Har arbetstagarens möjligheter till rehabilitering utretts?

Nej Vet inte Ja; hur?

Anser ni att arbetstagaren behöver utbildning för att det ska gå att ordna med lämpligt arbete? Hurdan utbildning?

6. Kontaktinformation till företagshälsovården

Var kan pensionsanstalten få företagshälsovårdens uppgifter om sökanden?

Namn

Adress

Telefonnummer

7. Tilläggsuppgifter. Ange numret på den punkt i blanketten som ni hänvisar till.

8. Kontaktinformation till den som lämnar uppgifterna

Namn

Ställning/uppgift

Telefonnummer

9. Underskrift

Datum

Underskrift och namnförtydligande