

		Skadenummer	
Personuppgifter	Namn	Personbeteckning	
	Adress		
	Postnummer och ort	Telefon	
Arbetsgivare	Företagets namn		
	Kontaktperson på arbetsplatsen		
	Telefon	E-postadress	
	Adress	Postnummer och ort	
Arbetsprövning	Startdatum	Slutdatum	
	☐ LokalTapiola betalar ersättning för inkomstförlust under arbetsprövningsperioden	☐ Arbetsgivaren betalar lön under arbetsprövningsperioden	
	Arbets tid som allmänt följs i branschen	Timmar per dag	Timmar per vecka
	Arbets tid under arbetsprövningen	☐ 4 timmar	För tiden
		☐ 6 timmar	
		☐ 8 timmar	
		Något annat timantal	
	Beskrivning av arbetsuppgifter		
	Hur belastande är arbetet (arbetsställning, tunga lyft, bärande, kontinuerlig upprepning, tidtabeller etc.)?		
	Uppföljning under arbetsprövningen	Vem svarar för uppföljningen på arbetsplatsen under arbetsprövningen? (kontaktperson/chef och kontaktuppgifter)	
Har uppföljning av företagshälsovården ordnats under arbetsprövningen?			
☐ Ja		☐ Nej	
Sysselsättning och lönenivå	Kontaktuppgifter till företagshälsovården		
	Har arbetsgivaren möjlighet att erbjuda rehabiliteringsklienten arbete ifall arbetet visar sig vara lämpligt?		
	☐ Ja	☐ Nej	
	Ifall arbetsgivaren kan erbjuda arbete, kräver inläringen av arbetet arbetsprövning eller utbildning?		
☐ Ja	☐ Nej		
Uppskattad lön efter sysselsättningen (€/mån.)			
Tilläggsuppgifter			
Datum och underskrift	Ort och datum		
	Underskrift av den som fyllt i blanketten		