



Personnummer

Sänds till

Försäkringskassans inläsningscentral

839 88 Östersund

Vår referens

1. Medarbetare

Förnamn och efternamn		Personnummer
Bostadsadress (utdelningsadress)		
Telefonnummer		E-postadress
Yrke	Anställd sedan år	Årsinkomst
Ordinarie tjänstgöringsgrad		
☐ Heltid	☐ Deltid _____ %	☐ Dagtid ☐ Skiftarbete ☐ Annan _____
Anställningsform		
☐ Tills vidare	☐ Tidsbegränsad t.o.m. _____	☐ Annan form _____

2. Arbetsgivare

Arbetsgivare	Arbetsplats
Adress	
Rehabiliteringsansvarig	
Telefonnummer	E-postadress
Har din medarbetare redan återgått i arbete i ordinarie tjänstgöringsgrad, eller beräknas medarbetaren göra det inom kort? (fortsätt vid punkt 9, gäller inte när utredningen	
☐ Ja görs p g a upprepad korttidsfrånvaro ☐ Nej (fortsätt nedan)	
Finns företagshälsovård?	Om ja, deltar företagshälsovården i utredningen?
☐ Ja ☐ Nej	☐ Ja ☐ Nej
Företagshälsovård/kontaktperson	Telefonnummer
På vilket sätt håller ni kontakt med medarbetaren under sjukskrivningen?	

3. Orsak till utredning

☐ Sjukskriven längre än 4 veckor	☐ Upprepad korttidsfrånvaro	☐ Medarbetarens begäran
☐ Annan anledning: _____		
När började nuvarande sjukskrivningsperiod?		
Sjukskrivande läkare		
Behandlande läkare		
Antal tidigare tillfällen med sjukfrånvaro, under de senaste 12 månaderna:		

66361101



4. Orsak till arbetsoförmåga

Är nuvarande besvär anmälda som arbetsskada?

☐

Ja

☐

Nej

Om ja, är besvären godkända som arbetsskada?

☐

Ja

☐

Nej

5. Arbetsförhållanden

Beskriv nuvarande arbetsuppgifter

Vilka arbetsuppgifter kan medarbetaren utföra trots besvären, på hel- eller deltid?

Vilka är medarbetarens egna förslag till anpassning och/eller till rehabiliteringsåtgärder?

Utbildning och tidigare yrkeserfarenhet som kan ha betydelse för arbetsanpassning och rehabilitering

På vilket sätt kan nuvarande arbetsuppgifter förändras så att medarbetaren kan vara kvar i arbete, helt eller delvis trots besvären?

Har ni tidigare förändrat/erbjudit förändringar av medarbetarens arbetsuppgifter?

☐

Ja

☐

Nej

Om ja, när?

66361201

Arbetsförhållanden, forts.

Om ja, vilka förändringar genomfördes?
Vad blev resultatet?

6. Sociala förhållanden

--

7. Anpassnings- och rehabiliteringsåtgärder

Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande
Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande
Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande
Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande

(Om utrymmet inte räcker till, fortsatt vid punkt 10. Övriga upplysningar.)

8. Uppföljning

Ansvarig för uppföljning	Tidpunkt för uppföljning
--------------------------	--------------------------

9. Förebyggande åtgärder

Vilka ytterligare åtgärder behöver genomföras för att förhindra eventuell framtida ohälsa för medarbetaren?

10. Övriga upplysningar

11. Underskrift

Arbetsgivarens underskrift

Medarbetarens underskrift

Datum

Datum

Facklig representant eller annan

Datum

Uppgifterna som kommer fram i denna utredning bör hanteras varsamt.

Uppgifterna kommer att behandlas i Försäkringskassans datasystem. Mer information finns i broschyren "Socialförsäkringsregister".

Rehabguiden - stöd för dig som är arbetsgivare finns på www.forsakringskassan.se

Information om blanketten "REHABILITERINGSUTREDNING"

Enligt 22 kap, 3§ lagen om allmän försäkring ska arbetsgivaren i samråd med den anställda svara för att dennes behov av rehabilitering klarläggs och för att de åtgärder vidtas som behövs för en effektiv rehabilitering

- Det är arbetsgivarens skyldighet att påbörja en rehabiliteringsutredning när
 - den anställda har varit helt eller delvis frånvarande till följd av sjukdom i fyra veckor
 - den anställda har upprepade korttidsfrånvaro på grund av sjukdom (6 sjukfall under en 12-månadersperiod)
 - den anställda själv begär det.
- Arbetsgivaren ska alltid göra rehabiliteringsutredning när
 - den anställdes behov av rehabilitering är oklart
 - det behövs åtgärder utanför arbetsplatsen
 - arbetsgivaren inte kan betala lön under rehabiliteringen utan ersättning från Försäkringskassan blir aktuell.
- Har arbetsgivaren tillgång till företagshälsovård, kan denna utföra utredningen. I andra fall kan det vara en arbetsledare, personalman eller annan inom eller utom företaget som gör utredningen.
- Utredningen ska lämnas till Försäkringskassan så snart den är klar dock senast inom åtta veckor efter det senaste sjukfallets första dag respektive den dag den anställda har begärt utredning. Om utredningen inte är klar inom åtta veckor ska Försäkringskassan informeras om orsaken samt få besked om när utredningen kan vara klar.
- Utredningen skall genomföras i samråd med den anställda. Den får inte kränka den anställdes grundlagsenliga skydd mot att ange sin åskådning i politiskt, religiöst, kulturellt eller annat sådant hänseende.
- Om den anställda medger eller önskar det ska den anställdes fackliga organisation medverka i utredningen. Även någon annan person som den anställda har förtroende för kan medverka i utredningen.
- Försäkringskassan ska i vissa fall ta över ansvaret för rehabiliteringsutredningen om det finns skäl för det. Ett sådant skäl kan vara att den anställda inte medverkar i utredningen.
- När det inträffat en skada i arbetet eller vid färd till eller från arbetet ska arbetsgivaren enligt lagen om arbetsskadeförsäkring göra särskild anmälan om detta till Försäkringskassan.

Ytterligare uppgifter kan lämnas på särskilt blad om utrymmet på blanketten inte räcker till.

Blanketten kan beställas från FÖRSÄKRINGSKASSAN