**HÖGSKOLAN I BORÅS** Datum

**Dokumentation av samtal kring arbetsanpassning och rehabilitering**

**Medarbetare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| För- och efternamn | | Personnummer |
| Bostadsadress | | |
| Telefonnummer | E- postadress | |
| Tjänst | | Anställd sedan år |
| Ordinarie tjänstgöringsgrad   Heltid  Deltid………..% |  Dagtid  Skiftarbete  Annan | |
| Anställningsform   Tillsvidare  Tidsbegränsad t o m …………………..  Annan | | |

**Arbetsplats**

|  |  |
| --- | --- |
| Adress | |
| Ansvarig chef | |
| Telefonnummer | E-postadress |

**Orsak till samtalet (t ex sjukfrånvaro, ”tidiga signaler”)**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Arbetsskada**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |

**Beskrivning av nuvarande arbetsuppgifter/nuvarande livssituation**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| Vad fungerar bra? |
|  |
|  |
|  |
| Vilka svårigheter finns? |
|  |
|  |
|  |
| Finns det behov av och/eller möjligheter till en förändring av arbetsuppgifterna/arbetstiden? |
|  |
|  |
|  |
| Finns tillfälliga arbetsuppgifter för arbetstagaren någon annanstans inom högskolan? |
|  |
|  |
|  |

**Sammanfattning och eventuella beslut om aktiviteter**

|  |  |
| --- | --- |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
| Aktivitet | |
|  | |
| Tidpunkt och genomförande | Ansvarig för genomförande |
| Aktivitet | |
|  | |
| Tidpunkt och genomförande | Ansvarig för genomförande |
| Aktivitet | |
|  | |
| Tidpunkt och genomförande | Ansvarig för genomförande |
| Aktivitet | |
|  | |
| Tidpunkt och genomförande | Ansvarig för genomförande |

**Uppföljning**

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

**Vilken information av ovanstående kan lämnas till Försäkringskassan?**

(I vissa fall kan försäkringskassan begära information för att klarlägga behovet av rehabilitering. Klargör att det är en skyldighet att lämna information till Försäkringskassan och bestäm tillsammans vad den ska innehålla)

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Övrigt**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Underskrift**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
| Arbetsgivarens underskrift | Medarbetarens underskrift |
| Datum | Datum |
| Facklig representant eller annan |  |
| Datum |