
7. Vilka av dina arbetsuppgifter kan du utföra i nuläget?

.....

.....

.....

.....

8. Vilka moment kan du utföra?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sittande arbete | <input type="checkbox"/> Stående arbete |
| <input type="checkbox"/> Arbete med armarna | <input type="checkbox"/> Arbete som kräver koncentration |
| <input type="checkbox"/> Arbete som kräver samarbete med andra | <input type="checkbox"/> Arbete som kräver beslutsförmåga |
| <input type="checkbox"/> Annat | |

9. Hur hindrar dina hälsoproblem dig att utföra dina arbetsuppgifter?

.....

.....

.....

.....

10. Behövs förändringar på din arbetsplats för att du ska kunna fortsätta arbeta?
(exempelvis arbetstekniska ändringar eller ändrade arbetsuppgifter)

Nej Ja Beskriv vilka:

.....

.....

.....

.....

11. Trivs du med ditt arbete?

Ja Nej

12. Finns det konflikter på din arbetsplats?

Nej Ja Beskriv:

.....

.....

.....

13. Finns det annat än dina hälsoproblem som påverkar dina möjligheter att arbeta?

Nej Ja Beskriv:

.....

.....

.....

.....

14. Har du blivit illa behandlad fysiskt eller psykiskt?

Ja

Nej

15. Vilka påståenden stämmer för dig?

Jag kan promenera 30 minuter i måttlig takt

Jag känner mig utvilad efter nattsömn

Jag kan utföra vanliga hushållssysslor som tidigare

Inget av påståendena stämmer

16. Har du tillgång till företagshälsovård? Ja Vilken:

Nej

Tack för dina svar!