Region Gotland

Frågor inför läkarbesök

Datum _____

Namn _____ Personnummer _____

Telefonnummer _____

Sysselsättning:

☐ Studerar

☐ Arbetar Vad arbetar du med?_____

Arbetsgivare_____

Hur många procent jobbar du?_____

Arbetstider: ☐ Dag ☐ Natt ☐ Skift

Företagshälsovård_____

☐ Arbetssökande

☐ Egenföretagare

☐ Föräldraledig

☐ Annat Ange din sysselsättning_____

Allmänna frågor

För att få en uppfattning om hur din sjukdom eller skada påverkar din möjlighet att arbeta, studera eller söka jobb behöver du svara på följande frågor:

Beskriv kortfattat vad som hänt från att du blev sjuk eller skadade dig:

_____

_____

_____

Har din sjukdom eller skada påverkat din möjlighet att arbeta, studera eller söka jobb?

☐ Nej

☐ Ja Från och med vilket datum har du inte kunnat arbeta, studera eller söka jobb?_____

Har du sökt vård för dina besvär tidigare?

☐ Nej

☐ Ja Ange när du sökte vård _____

Region Gotland

Har du några andra sjukdomar eller skador som påverkar din möjlighet att arbeta, studera eller söka jobb?

☐ Nej
☐ Ja Beskriv vilka:_____

_____

_____

Frågor om dina nuvarande besvär (funktionsnedsättning)

Dina besvär kan till exempel vara smärta i axlarna eller ryggen, ömhet i magen, sömnsvårigheter, nedstämdhet, ångest, koncentrationssvårigheter, yrsel eller problem med minnet.

Beskriv dina nuvarande besvär eller sjukdomssymtom:_____

_____

_____

_____

Frågor kring ditt arbete, dina möjligheter att arbeta och vad som begränsar dig (aktivitetsbegränsningar)

Det som begränsar dig kan till exempel vara att du har svårt att läsa en text, delta i möten, promenera, bära, dra eller lyfta ett föremål. Om du har en annan sysselsättning än arbete ska du beskriva de problem du har i ditt dagliga liv.

Beskriv din nuvarande arbetsuppgifter: _____

_____

_____

_____

Vilka av arbetsuppgifterna kan du fortfarande utföra trots dina besvär?_____

_____

_____

_____

Vilka arbetsuppgifter kan du just nu inte alls utföra på grund av dina besvär?_____

_____

_____

_____

Region Gotland

Vad är det som gör att du inte klarar av att utföra arbetsuppgifterna?_____

_____

_____

_____

Planering för att börja arbeta igen

Hur ser du på dina möjligheter att börja arbeta igen?

☐ Jag räknar med att börja arbeta i samma utsträckning som förut.

☐ Jag räknar med att börja arbeta, men mindre än tidigare.

☐ Jag skulle kunna börja arbeta, men för att det ska gå behövs någon form av förändring

☐ Jag vill börja arbeta, men tror inte jag kan det på grund av min sjukdom eller skada.

☐ Annat. Beskriv:_____

_____

Skulle du klara av att arbeta deltid, till exempel 2 timmar per dag? ☐ Nej ☐ Ja

Ser du någon möjlighet att lättare kunna arbeta deltid eller heltid om det gjordes någon förändring på arbetsplatsen? *Det kan till exempel vara resor till och från arbetet, annan arbetstid eller anpassade arbetsuppgifter.*

_____

_____

_____

Har du regelbunden kontakt med din chef? ☐ Nej ☐ Ja

Besöker du arbetsplatsen regelbundet? ☐ Nej ☐ Ja

Har din chef gjort en rehabiliteringsutredning tillsammans med dig för att du ska kunna börja arbeta? ☐ Nej ☐ Ja
Om ja, ta gärna med dig din rehabiliteringsplan till besöket på vårdcentralen.

Beskriv hur du trivs på din arbetsplats. *Det kan till exempel handla om dina arbetsuppgifter, kollegor eller arbetsledning.*

_____

_____

_____

_____

Behöver du något stöd i kontakten med din chef eller arbetsgivare?
Har du regelbunden kontakt med din chef? ☐ Nej ☐ Ja
Det kan till exempel vara en gemensam träff på vårdcentralen.

Region Gotland

Behöver du stöd av en rehabiliteringskoordinator i din sjukskrivningsprocess? ☐ Nej ☐ Ja

Jag vill veta mer om vilket stöd jag kan få. ☐ Nej ☐ Ja

Frågor om din vardag

På vilket sätt kan din familje- eller hemsituation påverka dina möjligheter att börja arbeta igen?

_____

_____

_____

Har du några sömnsvårigheter? ☐ Nej ☐ Ja

Beskriv dina sömnsvårigheter:_____

_____

_____

Beskriv hur du rör dig i vardagen. *Det kan till exempel vara att du tar promenader, arbetar i trädgården eller tränar*: _____

_____

_____

Beskriv dina matvanor. *Det kan till exempel vara att du regelbundet äter frukost, lunch och middag.*

_____

_____

_____

Spelar du någon typ av spel? *Det kan till exempel vara tv-spel, datorspel eller spel om pengar.*

☐ Nej

☐ Ja

Tror du att det påverkar dina nuvarande besvär?

☐ Nej

☐ Ja, beskriv hur det påverkar dig:_____

_____

Region Gotland

Dricker du alkohol?

☐ Nej

☐ Ja

Tror du att det påverkar dina nuvarande besvär?

☐ Nej

☐ Ja, beskriv hur det påverkar dig:_____

_____

Använder du något beroendeframkallande läkemedel som är utskrivet av läkare? *Det kan till exempel vara läkemedel mot smärta, ångest eller sömnsvårigheter.*

☐ Nej

☐ Ja. Ange vilket eller vilka läkemedel:

_____

_____

Använder du något beroendeframkallande läkemedel eller någon drog som inte är utskriven av läkare? *Det kan till exempel vara cannabis eller anabola steroider.*

☐ Nej

☐ Ja. Ange vilket eller vilka läkemedel:

_____

_____

Här kan du lämna ytterligare kommentarer eller tankar:

_____

_____

_____

_____

_____