Skriv ut blanketten Töm blanketten

Kommunförsök
med sysselsättning

RESPONS TILL FÖRSÖKSOMRÅDETS KOMMUN OM KUNDENS HÄLSOUNDERSÖKNING PÅ HÄLSOCENTRALEN

1. Kund

Kundens namn	Personbeteckning

2. Hälsovårdarens/läkarens respons

Hälsovårdarens/läkarens respons

- ☐ Vid hälsoundersökningen framkom inte några omständigheter som påverkar arbetsförmågan
- ☐ Kundens arbetsförmåga kräver ytterligare utredning, kunden har hänvisats till fortsatta undersökningar
- ☐ Kunden har en sjukdom som påverkar arbetsförmågan. Kunden lämnar in läkarutlåtandet till försöksområdets kommun/ servicecentret för arbetskraften.
- ☐ Kunden har hänvisats till rehabilitering

3. Ytterligare upplysningar

Ytterligare upplysningar

4. Hälsovårdarens/läkarens underskrift

Ort och datum	Hälsovårdarens/läkarens underskrift Namnförtydligande

Responsen lagras i arbets- och näringsbyråns kundinformationssystem.

5. Inlämnande av blanketten och kundens underskrift

Inlämnande av blanketten

- ☐ Jag lämnar personligen in blanketten till försöksområdets kommun
- ☐ Jag ger mitt samtycke till att den som utför hälsoundersökningen postar blanketten till försöksområdets kommun (kontaktuppgifter nedan)

Ort och datum	Kundens underskrift Namnförtydligande

6. Ytterligare information ges av

Namn
Försöksområdets kommun
Adress
Telefon
E-post