



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Anvisningar till detta dokument finns separat,  
se relaterad information på HR-webben

## REHABILITERINGSPLAN

### 1. ANSTÄLLD

Förnamn och efternamn	Personnummer
E-postadress, arbete E-postadress, hemma	Telefonnummer Mobiltelefon
Titel	Anställd sedan år
Ordinarie tjänstgöringsgrad <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid      %	Anställningsform <input type="checkbox"/> Tillsvidare <input type="checkbox"/> Tidsbegränsad tom

### 2. ARBETSGIVARE

Fakultet/motsvarande	Institution/avd/motsvarande
Ansvarig chef	
Telefonnummer	E-postadress

### 3. ORSAK TILL REHABILITERINGSPLAN

<input type="checkbox"/> Tidiga tecken på ohälsa <input type="checkbox"/> Sjukskriven längre än 15 dagar <input type="checkbox"/> Anställds begäran	
<input type="checkbox"/> Upprepad korttidsfrånvaro      Antal tidigare tillfällen med sjukfrånvaro de senaste 12 månaderna	
När började eventuell sjukskrivningsperiod samt omfattning	
Sjukskrivande läkare	Behandlande läkare
Deltar Företagshälsovården i utredningen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	Kontaktperson Företagshälsovården

#### 4. ORSAK TILL NEDSATT ARBETSFÖRMÅGA

--

Om rutan ej räcker till, använd baksidan

Är nuvarande besvär anmält som arbetsskada?       Ja       Nej

Beräknas den anställda återgå till arbete i ordinarie tjänstgöringsgrad inom kort?

Ja, fortsatt till punkt 8 (gäller ej om rehabplanen görs på grund av upprepad korttidsfrånvaro

Nej, fortsatt nedan

#### 5. ARBETSFÖRHÅLLANDEN

Beskriv ordinarie arbetsuppgifter

Vilka arbetsuppgifter kan den anställda utföra trots besvären på hel- eller deltid?

Vilka är den anställdes egna förslag till arbetsanpassning och/eller till rehabiliteringsåtgärder?

På vilket sätt kan ordinarie arbetsuppgifter förändras så att anställda kan vara kvar i arbete?

Har ni tidigare förändrat/erbjudit förändringar av anställdes arbetsuppgifter?

Ja       Nej

Om Ja, vilka förändringar genomfördes? Resultat?

Om rutorna ej räcker till, använd baksidan

## 6. HANDLINGSPLAN

På vilket sätt håller ni kontakt med varandra under sjukskrivningen? Chef/anställd			
Vad ska göras?	Vem ansvarar för att det genomförs?	När ska det ske?	Uppföljning, när, var, vilka?
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
Vilket nätverk och stöd finns för den anställde?			

## 7. MÅL MED REHABILITERINGEN

Vilka mål ska ha uppnåtts på kort respektive lång sikt? Beskriv:
--

## 8. FÖREBYGGANDE ÅTGÄRDER

Vilka ytterligare åtgärder behöver genomföras för att förhindra eventuell framtida ohälsa för den anställde? Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande
Aktivitet	
Tidpunkt för genomförande	Ansvarig för genomförande

## 9. ÖVRIGA UPPLYSNINGAR

--

## 10. UNDERSKRIFT

Datum	Datum
Arbetsgivarens underskrift	Anställds underskrift
Facklig företrädare eller annan medverkande	Uppgifterna som kommer fram i rehabplanen skall hanteras varsamt. Alla berörda påminns om tystnadsplikten!

Handlingsplanen kan användas i samband med rehabiliteringsmöte och vid uppföljningar som inte kräver att rehabiliteringsplanen fylls i på nytt.



**LUNDS**  
UNIVERSITET

Namn på anställd:

Datum då plan fylls i:

## HANDLINGSPLAN

Vad ska göras?	Vem ansvarar för att det genomförs?	När ska det ske?	Uppföljning, när, var, vilka?
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart
			<input type="checkbox"/> Klart

### UNDERSKRIFT

Datum	Datum
Arbetsgivarens underskrift	Medarbetarens underskrift
Facklig representant eller annan medverkande	Uppgifterna som kommer fram i rehabplanen ska hanteras varsamt. Var och en som kommer i kontakt med detta ärende påminns om tystnadsplikten!