

Attest om mulighed for at varetage et arbejde

Første fraværdsdag

Sendes til kommunen

Patientoplysninger

Personnummer, navn, adresse og evt. telefonnummer

1. Årsag til sygemeldingen

Sygdom/diagnose/årsag til sygemelding

2. Forventet varighed af sygeperioden

A. Sygeperioden forventes at vare til

_____ (anfør dato)

B. Sygeperiodens varighed er usikker, men forventes at være

_____ uger

C. Sygeperiodens varighed er meget usikker

_____ (sæt kryds, udfyld også 2. del)

D. Forventes der at indgå en periode med delvis uarbejdsdygtighed?

_____ Ja _____ Nej _____ Ved ikke

3. Tilbagevendende uarbejdsdygtighed

Er der en væsentlig risiko for, at sygdommen medfører tilbagevendende uarbejdsdygtighed?

_____ Ja _____ Nej _____ Ved ikke

4. Vedrørende den sygemeldtes kendskab til attestens indhold

Er erklæringen udarbejdet i samarbejde med den sygemeldte?

_____ Ja _____ Nej

Attestudstedende læge (anvendes, hvis lægen alene udfylder 1. del)

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning

Lægens navn, adresse, telefonnr. og SE- eller personnr. (Stempel)
For sygehus angives desuden afdeling

Dato og underskrift

Attest om mulighed for at varetage et arbejde - Side 1 af 3

Personnummer

5. Behandlingsmuligheder

Er der behandlingsmuligheder?	_____ Ja _____ Nej _____ Ved ikke
Hvis Ja – hvilke behandlingsmuligheder er der og hvor længe vurderes behandlingen at vare?	

6. Henvisning til supplerende undersøgelser

Er undersøgte henvist til supplerende undersøgelse?	_____ Ja _____ Nej
Hvis Ja – hvilke undersøgelser?	

Attest om mulighed for at varetage et arbejde - Side 2 af 3

Personnummer

7. Genoptagelse af arbejdet (supplerende til attestens punkt 2)**7.1**

Skønnes det, at behandlingen medfører, at sygemeldte kan genoptage sit arbejde i fuldt omfang?

_____ Ja _____ Nej

7.2

Hvis Ja til (7.1) – hvornår skønnes arbejdet at kunne genoptages i fuldt omfang?

Om ca. _____ uge(r) fra attestens dato

Hvis Nej til (7.1) – vil pågældende kunne genoptage hidtidigt arbejde delvist?

_____ Ja _____ Nej

7.3

Hvis Ja til (7.2) – hvornår skønnes arbejdet at kunne genoptages delvist?

Om ca. _____ uge(r) fra attestens dato

Hvis Nej til (7.2) – vil pågældende kunne påtage sig andet arbejde?

_____ Ja _____ Nej

8. Misbrugsproblemer

Har lægen kendskab til evt. misbrugsproblemer (alkohol, medicin, euforiserende stoffer m.v.)?

_____ Ja _____ Nej

Hvis Ja – hvilke?

9. Sygdom eller ikke sygdom som fraværsårsag

Er der tale om sygdom i medicinsk/klinisk forstand?

_____ Ja _____ Nej

Hvis Nej – hvad er årsagen til fraværet?

10. Andre helbredsmæssige forhold af betydning

Er der andre helbredsmæssige forhold der nu eller i fremtiden kan have betydning for arbejdsevnen?

_____ Ja _____ Nej

Hvis Ja – hvilke?

Attest om mulighed for at varetage et arbejde - Side 3 af 3

Personnummer

11. Skånebehov

Er det drøftet med sygemeldte, om der er arbejdsfunktioner, der kan udføres, og hvilke sygemeldte skal undgå, hvis arbejdet genoptages?	_____ Ja _____ Nej
Hvis Ja – hvad er resultatet?	

12. Lægelig vurdering vedrørende arbejdets genoptagelse (jf. attestens punkt 7)

Kan arbejdet efter en lægelig vurdering genoptages helt eller delvist uden at helbredstilstanden forværres?	_____ Ja _____ Nej
---	-----------------------

13. Drøftelse af arbejdsforhold med sygemeldte

Er spørgsmål om sygemeldtes fremtidige arbejdsforhold drøftet med sygemeldte?	_____ Ja _____ Nej
Hvis Ja – hvad er resultatet?	
Hvis Nej – hvorfor er det ikke drøftet?	

14. Belastninger af betydning for den fremtidige funktion i erhverv

Skønnes der at være belastninger (hjemlige og/eller arbejdsmæssige), der kan have betydning for den fremtidige funktion i erhverv?	_____ Ja _____ Nej
--	-----------------------

15. Rundbordssamtale

Kan en rundbordssamtale efter Deres vurdering bidrage til at klarlægge den sygemeldtes ressourcer?	_____ Ja _____ Nej _____ Ved ikke
--	---

Attestudstedende læge (anvendes, hvis lægen både udfylder 1. del og 2. del)

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning	
Lægens navn, adresse, telefonnr. og SE- eller personnr. (Stempel) For sygehus angives desuden afdeling	Dato og underskrift