

## Frågeformulär inför sjukskrivning

### Villkor för Frågeformulär inför sjukskrivning

---

- Det här formuläret kan användas av dig som har varit sjukskriven två veckor och ska träffa läkare för att diskutera behovet av fortsatt sjukskrivning och rehabilitering.
- Frågorna är till för dig och din läkare som ett underlag till det samtal ni kommer att ha i samband med läkarbesöket om hur din sjukdom påverkar din möjlighet att arbeta. Dina svar kommer att bli en del av din patientjournal.
- Kontot på Mina vårdkontakter är personligt och kan bara användas av dig. Ta dock gärna hjälp av någon närstående eller eventuellt arbetsledare när du besvarar frågorna.
- Det går inte att ändra uppgifterna när de skickats iväg men du kan muntligt komplettera eller ändra uppgifterna i samband med läkarbesöket.
- Skriv gärna ut det ifyllda formuläret och ta med dig en egen kopia till läkarbesöket.
- Eftersom detta är ett projekt som kommer att utvärderas ber vi dig ge oss dina synpunkter på formuläret. Svaren kommer att hanteras anonymt och sammanställas inför beslut om att ge alla möjligheten att använda denna nya service.

Jag har läst och accepterar villkoren.



2012-04-27

HSF

## Frågeformulär inför sjukskrivning

→ [Läs villkoren](#)

### Dina adressuppgifter

Folkbokföringsadress: TOLVAR STIGEN  
12345 STOCKHOLM

Om du nås på annan adress, fyll i nedan.

c/o:

Gatuadress:

Postnr:

Postort:

### Övriga kontaktuppgifter

Telefonnummer dagtid:

Mobilnummer:

Skrivet av närstående:

Telefonnr till närstående:

### Sjukskrivningsfrågor

**1. Vilken sysselsättning hade du innan den nuvarande sjukdomen? Flera svar möjliga om det är på deltid**

- Anställd
- Egen företagare
- Arbetslös
- Studerande
- Föräldraledig
- Har sjukersättning

**2. Nuvarande yrke/arbetsuppgifter samt din arbetsgivare. Om du för närvarande inte har något arbete, ange tidigare yrke/arbetsuppgifter.**

1000 tecken kvar

2012-04-27

HSF

**3. Hur många timmar arbetade du i genomsnitt per vecka innan du blev sjuk?**

1000 tecken kvar

**4. När arbetade du innan du blev sjuk? Flera svar möjliga**

- Dag
- Natt
- Helg
- Förmiddag
- Eftermiddag
- Flextid
- Oregelbunden
- Skiftarbete
- Jour/beredskap

**5. Din arbetsmiljö? Ange gärna flera alternativ**

- Inomhus
- Utomhus
- Inga fysiskt ansträngande uppgifter
- Tungt eller upprepade lyft
- Huvudsakligen sittande
- Huvudsakligen stående-gående
- Mycket kommunikation med andra
- Kan jobba hemifrån
- Stressande - svårt att klara kraven
- Blir ofta avbruten
- Bullrig arbetsplats

**6. Om du är arbetslös - Har din arbetslöshet något med din sjukdom att göra?**

- Ja  Nej

1000 tecken kvar

2012-04-27

HSF

### 7. Tidigare/Nuvarande sjukskrivning

- Jag är sjukskriven nu
- Jag har varit sjukskriven tidigare (inom 3 månader innan nuvarande sjukfall) för samma sjukdom som jag har nu
- Jag har varit sjukskriven (inom 3 månader innan nuvarande sjukfall) för annan sjukdom än den jag har nu
- Jag har varit sjukskriven 5 gånger eller mer för samma sak under de senaste 12 månaderna
- Jag har varit sjukskriven 5 gånger eller mer för annan sjukdom under de senaste 12 månaderna

### 8. Sjukdom som gör att du inte kan arbeta nu

1000 tecken kvar

### 9. När arbetade du senast, datum?

1000 tecken kvar

### 10. Om du blivit sjukskriven från annan vårdenhet under den aktuella perioden, ange mottagning/avdelning och gärna läkarens namn (t.ex. ortopedi/St Görans sjukhus, Dr Ben)

1000 tecken kvar

### 11. Behövs det förändringar på din arbetsplats för att du ska kunna arbeta trots din sjukdom? Om ja, ange vad och förklara varför.

- Ja  Nej

1000 tecken kvar

2012-04-27

HSF

**12. Vad har du eller din arbetsgivare gjort för att öka din möjlighet att arbeta?**

- Ändrat arbetsuppgifter
- Ändrat arbetstider/schema
- Minskat arbetstakten
- Ordnat arbetshjälpmedel
- Annat, ange vad under Övrigt (längst ner i formuläret)

**13. Tror du att du kommer att kunna gå tillbaka till dina nuvarande arbetsuppgifter? Om nej, förklara varför.**

Ja  Nej

1000 tecken kvar

**14. Tror du att du kommer att kunna arbeta överhuvudtaget i framtiden? Om nej, förklara varför.**

Ja  Nej

1000 tecken kvar

**15. Hur känner du inför att börja arbeta igen?**

- Mycket stor oro/ängslan
- Viss oro/ängslan
- Ingen oro/ängslan
- Känns positivt
- Känns varken positivt eller negativt
- Känns negativt

**16. Innebär något av nedanstående hinder för din möjlighet att arbeta?**

- Konflikter på arbetet, med chefen
- Konflikter på arbetet, med arbetskamrater
- Resor till och från arbetet
- Min familjesituation

2012-04-27

HSF

**17. Har du smärtor och/eller oro/nedstämdhet? Ange ett kryss för alternativen a-d och ett kryss för e-h.**

- a) Jag har varken smärtor eller besvär
- b) Jag har lätta smärtor eller besvär
- c) Jag har måttliga smärtor eller besvär
- d) Jag har svåra smärtor eller besvär
- e) Jag är inte orolig eller nedstämd
- f) Jag är lite orolig eller nedstämd
- g) Jag är rätt mycket orolig eller nedstämd
- h) Jag är i högsta grad orolig eller nedstämd

**18. Har du funktionsnedsättning och/eller är du beroende av andra för ditt dagliga liv? Ange ett kryss för alternativen a-d och ett kryss för e-h.**

- a) Jag har inga funktionsbegränsningar
- b) Jag har lätt begränsad funktion
- c) Jag har måttlig begränsad funktion
- d) Jag har stark begränsad funktion
- e) Jag är inte beroende av andra
- f) Jag är lite beroende av hjälp från andra
- g) Jag är rätt mycket beroende av hjälp från andra
- h) Jag är i högsta grad beroende av hjälp från andra

**19. Synpunkter på frågeformuläret**

- Det var lätt att förstå och fylla i
- Det var rätt svårt att förstå och fylla i
- Det var mycket svårt att förstå och fylla i
- Det känns bra att svara på frågorna innan läkarbesöket
- Det känns inte bra att svara på frågorna innan läkarbesöket

**20. Övrigt. Kompletterande uppgifter samt synpunkter på formuläret och projektet**

1000 tecken kvar

**Avisering**

Här fyller du i kontaktuppgifter för att få ett meddelande när du har fått ett svar.

Sms (07xxxxxxx):

Sms-avisering

E-post:

E-postavisering

  