

Mulighedserklæring

Vejledning

ved tidsbegrænsede helbredsbedingede problemer med at varetage arbejdet

Mulighedserklæringen anvendes, hvor medarbejderens helbredsforhold har ført til sygefravær. Attesten giver arbejdsgiver og medarbejder mulighed for at få lægens vurdering af, hvorvidt medarbejderen fremover kan varetage relevante arbejdsfunktioner, uden at helbredet forværres. Formålet er at fastholde medarbejderen i arbejdet.

Medarbejderen tager den underskrevne mulighedserklæring med til sin læge.

1. Arbejdsgiver		Medarbejder	
Virksomhedens navn		Personnummer	
Adresse		Navn	
Postnummer	By	Adresse	
Telefonnummer	Kontaktperson	Postnummer	By
EAN-nr.	Personref.	Telefonnummer	

2. Sygefravær	
Dato for første fraværsdag i aktuelle sygeperiode 11.02.2020	<input type="checkbox"/> Gentagne fraværsperioder (Sæt X)

3. Medarbejderens funktionsnedsættelser
Beskrives kort, gerne i punktform - Oplyser at føle sig stresset - svært ved at bevare overblikket - svært ved at sige fra overfor ikke aftalte opgaver - Giver udtryk for at føle sig følelsesmæssigt ustabil - Har stort koncentrationsbesvær - Er grådlabil

4. Påvirkede jobfunktioner
Anfør jobfunktioner, der påvirkes af funktionsnedsættelse, gerne i punktform - Alle funktioner er påvirket og X er fuldtidssygemeldt Jobbet består primært af arbejde ved computer i form af konstruktionsarbejde. X udfører normalt de første processer i tegneopgaven, og er tovholder for forskellige samarbejdsparter. X indgår også i processer i forhold til design og problemløsning

5. Vurdering af de aktuelle forhold
<input type="checkbox"/> Arbejdsgiver og medarbejder ønsker lægens vurdering alene på grundlag af forholdene oplyst i punkterne 3 og 4. Pkt. 6 udfyldes ikke. (Sæt X)

6. Arbejdsgivers og medarbejders forslag til ændringer i arbejdsfunktioner
Forslag, der sigter på at imødegå funktionsnedsættelsens betydning for arbejdet, anføres her, gerne i punktform. Det kan fx være om transport til og fra arbejde, omplacering, arbejdets tilrettelæggelse og omfang, hjemmearbejde, arbejdsstedets indretning, kollegahjælp, ledelsesstøtte, fysisk træning. Ændringenes forventede varighed anføres. X har fået tilknyttet psykologhjælp gennem sin sundhedsforsikring, og har modtaget det en gang om ugen i 6 uger nu. Når X er klar vil der være mulighed for at lave en tilbagevendingsplan, som gradvist øges i timer og opgavetyper. Vi har talt om 3 X 3 timer ugentlig til en start og så gradvis øgning over 2-3 måneder. Der ønskes en lægefaglig vurdering af, hvornår det kan forsvares at starte tilbagevenden, og om ovenstående plan er lægeligt forsvarlig, og om lægen tænker, at der skal tages yderligere skånehensyn.

Dato	Arbejdsgiverens underskrift	Dato	Medarbejderens underskrift
24.03.2020		24.03.2020	

Patientens navn	Personnummer
-----------------	--------------

Lægens attestering

Læge og patient gennemgår oplysningerne, og lægen vurderer, om de beskrevne arbejdsforhold og de eventuelt anførte forslag i pkt. 6 imødekommer de skånehensyn, der bør tages til patientens aktuelle helbredstilstand.

Patienten bringer den attesterede mulighedserklæring tilbage til arbejdsgiver. Attesten honoreres af arbejdsgiver efter regning. Lægen kan vælge at opkræve honoraret hos patienten mod udlevering af kvitteret regning. Patienten er da berettiget til at få beløbet refunderet hos arbejdsgiver.

7. Lægens vurdering		Sæt X
Arbejdsforholdene skønnes alene på baggrund af oplysningerne i punkterne 3 og 4 forsvarlige i forhold til helbredet.		<input type="checkbox"/>
Arbejdsforholdene skønnes på baggrund af oplysningerne i punkterne 3, 4 og 6 forsvarlige i forhold til helbredet.		<input type="checkbox"/>
Arbejdsforholdene skønnes på baggrund af oplysningerne i punkterne 3, 4 og 6 forsvarlige i forhold til helbredet. Visse af de i punkt 6 anførte ændringer skønnes dog ikke påkrævede. Lægen anfører hvilke i pkt. 8.		<input type="checkbox"/>
Arbejdsforholdene skønnes ikke forsvarlige, og der bør foretages yderligere ændringer. Lægen anfører de påkrævede skånehensyn i pkt. 8.		<input type="checkbox"/>
Fravær fra arbejdet tilrådes. Lægen begrundet dette i pkt. 8.	Fravær på fuld tid. (Sæt X) <input type="checkbox"/>	Fravær på deltid (Anfør reduktionsgrad)

8. Lægens uddybende kommentarer til vurderinger i pkt. 7

9. Varighed

Lægens skøn over den periode, regnet fra attestdato, hvor ændrede arbejdsfunktioner eller fravær fra arbejdet anses for påkrævet (antal dage, uger, måneder)

10. Attestudstedende læge

Lægens navn (evt. stempel)		Dato	Lægens underskrift
Adresse			
Postnummer	By		
Telefonnummer	Ydernummer		