

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 05.11.2019	<input type="checkbox"/> Gentagne fraværsperioder (Sæt X)
---	---

3. Medarbejderens funktionsnedsættelser

Beskrives kort, gerne i punktform

- nedsat bevægelighed i nakken. Kan fx ikke kigge op uden at støtte nakken
- Kan ikke dreje overkroppen modsat af underkroppen uden kraftige smerter
- Kan næsten ikke løfte noget
- Kan ikke stå op i fx en time ad gangen
- Har behov for at ligge ned flere gange i løbet af dagen
- Pludselige bevægelser kan udløse et lammende smæld med smerter og begrænset bevægelighed

4. Påvirkede jobfunktioner

Anfør jobfunktioner, der påvirkes af funktionsnedsættelse, gerne i punktform

- Kan ikke passe butikken alene, da X kun kan stå op i begrænset omfang
- Kan ikke pakke ud, og kun hænge på plads i begrænset omfang
- Skal kunne tilkalde hjælp for at undgå de smertefulde bevægelser
- Kun få funktioner ude i butikken, som X kan varetage i kort tid ad gangen

5. Vurdering af de aktuelle forhold

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.

Der er indrette hvileplads i baglokalet. X har fået nogle andre opgaver fx at varetager nogle administrative funktioner og indkøbsopgaver, skiftende med lidt butiksbetjening.

X startede op på en delvis sygemelding d. 13. januar 2020 2 timer om dagen, 4 dage om ugen, men det er endnu ikke lykkedes at komme højere op i timeantal.

Der ønskes en lægelig vurdering af, hvad er tidsperspektivet for, at X vil kunne arbejde flere timer? Vil X overhovedet kunne komme til at varetage et fuldtids job i butikken igen? Og i givet fald, hvad kunne et tidsperspektiv være? Og endelig er der ud fra en lægelig vurdering andre måder at støtte X på i forhold til at varetage sit job?

Dato	Arbejdsgiverens underskrift	Dato	Medarbejderens underskrift
29.04.2020		29.04.2020	

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