

Arbetsförmågebedömning avseende XX XX

Anställds namn: xx xx Datum: xx xx

Arbetsplats/Grupp: xxxxxx

Följande personer har deltagit i sammanställningen:

Xx xx; _____ xx xx: _____ xx xx: _____ xx xx: _____

Arbetsuppgifter	Kan utföra	Kan delvis utföra	Kan inte utföra	Anledning till att At delvis eller inte alls kan utföra arb.uppg	Vilket behov av anpassning krävs?
- arbetsuppgift 1					
a) arbetsuppgift delmoment x b) arbetsuppgift delmoment y etc.	x	x		Varför kan at inte utföra uppgiften? Här görs bedömningen utifrån den diagnos som finns för arbetstagaren – om diagnos inte finns att tillgå får bedömningen göras utifrån de symtom som framgår av läkarintyget	Här listas i detalj vilka anpassningsåtgärder som är nödvändiga för att xx skall kunna utföra arbetet
- arbetsuppgift 2					
a) arbetsuppgift delmoment x b) arbetsuppgift delmoment y etc.			x	Se ovan	Se ovan
- arbetsuppgift 3					
a) arbetsuppgift delmoment x b) arbetsuppgift delmoment y etc.			x	Se ovan	Se ovan

Övriga / andra arbetsuppgifter som xx själv bedömer att han klarar av i dagsläget;
Xx xx.
Xx xx

Arbetstagarens bakgrund:	
---------------------------------	--

Har arbetat med xx xx. Är utbildad xx xx xx xx

Analys av anpassningsbehoven	
-------------------------------------	--

- | | |
|------------------------------------|--|
| - arbetsuppgift
- arbetsuppgift | |
|------------------------------------|--|

Här görs en detaljerad beskrivning av vilket behov av anpassning som finns för att arbetstagaren skall kunna utföra arbetsuppgiften

Konsekvensbeskrivning

Arbetsgivarens konsekvensbeskrivning

Arbetsgivarens sammanfattning:

Här listas alla åtgärder som är genomförda inom ramen för arbetsgivarens rehabiliteringsutredning samt arbetsgivarens bedömning härav. Slutligen redogörs för arbetsgivarens bedömning av rehabiliteringsärendet.
