

Mulighedserklæring

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 og medarbejder

Virksomhedens navn, adresse og telefonnummer. Kontaktperson (Gerne stempel)	Medarbejderens navn, cpr-nummer, adresse og telefonnummer
---	---

2. Sygefravær

Dato for første fraværsdag i aktuelle sygeperiode _____	Gentagne fraværsperioder. (Sæt X) _____
---	---

3. Medarbejderens funktionsnedsættelser

Beskrives kort, gerne i punktform

-
-
-

4. Påvirkede jobfunktioner

Anfør jobfunktioner, der påvirkes af funktionsnedsættelserne, gerne i punktform

-
-
-

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. Ændringernes forventede varighed anføres.

Dato og underskrift for arbejdsgiver	Dato og underskrift, medarbejder
--------------------------------------	----------------------------------

