

			Skadenummer
Personuppgifter	Namn		Personbeteckning
	Adress		
	Postnummer och ort		Telefon
Arbetsgivare	Företagets namn		
	Kontaktperson på arbetsplatsen		
	Telefon	E-postadress	
	Adress		Postnummer och ort
Arbetsprövning	Startdatum		Slutdatum
	<input type="checkbox"/> Lokaltapiola betalar ersättning för inkomstförlust under arbetsprövningsperioden		<input type="checkbox"/> Arbetsgivaren betalar lön under arbetsprövningsperioden
	Arbets tid som allmänt följs i branschen	Timmar per dag	Timmar per vecka
	Arbets tid under arbetsprövningen	<input type="checkbox"/> 4 timmar	För tiden
		<input type="checkbox"/> 6 timmar	
		<input type="checkbox"/> 8 timmar	
		Något annat timantal	
	Beskrivning av arbetsuppgifter		
	Hur belastande är arbetet (arbetsställning, tunga lyft, bärande, kontinuerlig upprepning, tidtabeller etc.)?		
	Uppföljning under arbetsprövningen	Vem svarar för uppföljningen på arbetsplatsen under arbetsprövningen? (kontaktperson/chef och kontaktuppgifter)	
Har uppföljning av företagshälsovården ordnats under arbetsprövningen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej			
Kontaktuppgifter till företagshälsovården			
Sysselsättning och lönenivå	Har arbetsgivaren möjlighet att erbjuda rehabiliteringsklienten arbete ifall arbetet visar sig vara lämpligt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Ifall arbetsgivaren kan erbjuda arbete, kräver inläringen av arbetet arbetsprövning eller utbildning? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej		
	Uppskattad lön efter sysselsättningen (€/mån.)		
Tilläggsuppgifter			
Datum och underskrift	Ort och datum		
	Underskrift av den som fyllt i blanketten		