

Returadresser:

LokalTapiola-gruppen

 Ersättningstjänsten för personskador i trafik
lhk@lahitapiola.fi

LokalTapiola-gruppen

 Ersättningstjänsten för arbetsolycksfallsförsäkring
yritysten.henkilovahingot@lahitapiola.fi

Skadenummer

Rehabiliteringsklient	Namn	Personbeteckning
Företag	Företagets namn	
	Kontaktperson på arbetsplatsen	Telefon/e-post
Arbetsprövning/ arbetsträning	Starttidpunkt	Sluttidpunkt
	Arbetsuppgifter under arbetsprövningen	
	Vilka arbetsuppgifter gick bra att utföra?	
	Kom det under arbetsprövningen fram sådana ärenden som hindrade eller försvårade utförandet av överenskomna uppgifter?	
	Arbets tid per dag	Arbets tid per vecka
	Eventuella frånvaron under arbetsprövningen och deras orsak	
Hälsotillstånd	Var arbetsuppgifterna lämpliga med tanke på ditt hälsotillstånd? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	
	Utredning av varför de inte var lämpliga	
Fortsatta planer	Kan du på basis av arbetsprövningen arbeta i fortsättningen? <input type="checkbox"/> Heltid <input type="checkbox"/> Deltid <input type="checkbox"/> Inte alls	
	Fortsatta åtgärder för arbetsprövningen	
	<input type="checkbox"/> Anställningsförhållandet fortsätter och jag fortsätter att arbeta <input type="checkbox"/> Bara avtalad arbetsprövning verkställdes <input type="checkbox"/> Jag behöver tilläggsutbildning	
	Plan om fortsatta åtgärder	
Tilläggsuppgifter	Andra faktorer som kommit fram under arbetsprövningen	
Underskrift	Ort och datum	
	Rehabiliteringsklientens underskrift	