

Attest til sygedagpengeopfølgning

Sendes til kommunen	Patientoplysninger
	KLE 15.17.06G01 • Sagsidentifikation
	Personnummer, navn og adresse og evt. telefonnummer



1. Diagnose/årsag til sygefravær

Skriv diagnose eller en kort beskrivelse af årsagen til sygefraværet

2. Vurdering af sygefravær

På baggrund af konsultation ved fremmøde bedes du give en vurdering af sygefraværet/sygdomsbilledet i forhold til én af tre nedenstående kategorier og udfyld med øvrige oplysninger.

<input type="checkbox"/> Klart sygdomsbillede/ klar behandlingsplan	Hovedelementer og forventet varighed i behandlingen oplyses (angiv ca. antal uger fra dags dato)
<input type="checkbox"/> Uklart sygdomsbillede, hvor der er behov for yderligere afklaring i sundhedsvæsenet	Behov for yderligere undersøgelse/behandling oplyses, herunder forventet varighed om muligt (angiv ca. antal uger fra dags dato)
<input type="checkbox"/> Uklart sygdomsbillede, hvor der ikke er behov for undersøgelse/ behandling i sundheds- væsenet	a. Beskriv patientens helbredsklager
	b. Har du forslag til hvilke sundhedsfremmende tilbud, der kan fremme patientens muligheder for at arbejde
	c. Har patienten tidligere haft lignende sygdomstilfælde

3. Vurdering af behov for skånehensyn, der kan fremme genoptagelse/påbegyndelse af arbejde

Angiv eventuelle skånehensyn, der kan fremme, at patienten kan genoptage/påbegynde arbejde helt eller delvist eller deltage i beskæftigelsesrettet indsats

<input type="checkbox"/> Særlige hensyn vedr. arbejdstid/ arbejdstilrettelæggelse	Angiv evt. supplerende oplysninger
<input type="checkbox"/> Ikke stressende/ikke psykisk belastende funktioner	Angiv evt. supplerende oplysninger

Fortsættes side 2

Fortsat vurdering af behov for skånehensyn fra side 1

<input type="checkbox"/> Tilpasning af arbejdsfunktioner fx aflastning af ryg, ben, skulder, arme	Angiv evt. supplerende oplysninger
<input type="checkbox"/> Støtteperson på arbejdspladsen til hjælp med tilrettelæggelse og støtte i det daglige arbejde	Angiv evt. supplerende oplysninger
<input type="checkbox"/> Andre skånehensyn	Angiv evt. andre skånehensyn
Angiv varighed for skånehensyn	Angiv varighed (angiv ca. antal uger fra dags dato)

4. Vurdering af muligheder for at genoptage arbejdet/påbegynde arbejde

På baggrund af dialog med patienten bedes du give en vurdering af patientens muligheder for at genoptage arbejdet/påbegynde nyt arbejde med eventuelle skånehensyn.	
Arbejde genoptages på fuld tid	Hvornår? Angiv ca. antal uger fra dags dato
Hvis der ikke kan angives et tidspunkt, angives begrundelse herfor	
Kan arbejde genoptages/påbegyndes delvist <input type="checkbox"/> Nej <input type="checkbox"/> Ja	Hvornår? Angiv ca. antal uger fra dags dato

5. Øvrige bemærkninger

Angiv andre forhold af betydning for muligheden for at arbejde
--

Attestudstedende læge

De lægelige oplysninger og vurderinger, der fremgår af denne attest, har snæver sammenhæng med attestens formål og kan alene lægges til grund for sager, der har udgangspunkt i den kommunale forvaltning.	
Lægens navn, adresse, telefonnr. og SE- eller personnr. (Stempel) For sygehus angives desuden afdeling	Dato og underskrift