



Säfflehälsan

Kallelse till Säfflehälsan

Namn..... Personnummer:

Din arbetsledare har bokat tid för kartläggningssamtal/planeringssamtal på Säfflehälsan AB

Plats: Tid:

Syftet med detta samtal är att kartlägga din nuvarande situation och gemensamt lägga en framtidsplan.

Vi ber dig att inför besöket besvara bifogade frågor.

Ta med frågeformuläret till Säfflehälsan samt eventuella journalhandlingar från andra vårdgivare, rörande din aktuella problematik.

Vi följer samma sekretessförbindelser som övrig hälso-, och sjukvård, vilket innebär att alla dina uppgifter kommer att behandlas konfidentiellt.

Uteblivet besök debiteras företaget.

Vid frågor kontakta oss på telefon 0533-69 19 41 / 070-222 28 50



Säfflehälsan

Aktuell livssituation (familjesituation, sociala nätverk, intressen, boende, fritidsaktiviteter etc):

Körkort

Tillgång till bil

Levnadsvanor (mat,sömn, fysisk aktivitet, stress, alkohol/droger/tobak, etc):

I bilaga till detta frågeformulär finns Audit, ett underlag för att bedöma din alkoholkonsumtion.

Förekommer hot och våld i din arbetssituation och/eller i din närhet?

Ja

Nej

Sjukdomshistoria (ärftlighet, tidigare sjukdomar, eventuella undersökningar, hälsotillstånd hos anhöriga, medicin, etc):

Aktuellt hälsotillstånd:

Studier, arbetslivserfarenhet:

Aktuell arbetslivssituation (tjänstgöringsgrad, trivsel, arbetsmiljö, etc):

Beskriv dina arbetsuppgifter:

A-kassa

Facklig tillhörighet

Problemområden (nu aktuella):

Funktionsnedsättningar (problem i kroppsfunktion):

Aktivitetsbegränsning (svårighet vid genomförande av en uppgift eller handling):

Sjukskrivning from
Sjukskrivande instans:

tom

sjukskrivningsgrad: %

Mål:

Delmål:

Hur ser ditt liv ut om cirka ett år?

Arbetar du? Ja Nej

Om ja, som vad?

Vilka resurser innehar du för att själv kunna påverka?

Vilka hinder finns?

Vad behöver du för att kunna närma dig dina mål?



Säfflehälsan

Frågor att besvara tillsammans av chef och anställd inför planeringssamtal med representant från Säfflehälsan AB.

- Datum, tid och plats:
- Vad är orsaken till kontakten med Säfflehälsan AB?
- Vad är det som fungerar bra i arbetet?
- Om något fungerar mindre bra, vad är det?
- Hur är de fysiska förutsättningarna att kunna hantera tyngden i arbetet?
- Hur är de mentala förutsättningarna att kunna hantera tyngden i arbetet?
- Hur är kompetensförutsättningarna att kunna hantera kraven i arbetet?
- Hur ser det ut med relationerna på arbetsplatsen?
- Hur är trivseln i arbetet?
- Är målsättningen att kunna fortsätta i arbetet?
- Vad behövs för att kunna förverkliga uttryckt målsättning?






Underskrift chef:

Underskrift anställd:

AUDIT

Här är ett antal frågor om Dina alkoholvanor

Vi är tacksamma om Du besvarar dem så noggrant och ärligt som möjligt genom att markera det alternativ som gäller för Dig.

Med ett "glas" menas:									
	50 cl folköl		33 cl starköl		1 glas rött el vitt vin		1 litet glas starkvin		4 cl sprit, t. ex. whisky
Hur gammal är du? <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> år		Man <input type="checkbox"/>		Kvinna <input type="checkbox"/>					
1. Hur ofta dricker Du alkohol?	Aldrig <input type="checkbox"/>	1 gång i månaden eller mer sällan <input type="checkbox"/>	2-4 gånger i månaden <input type="checkbox"/>	2-3 gånger i veckan <input type="checkbox"/>	4 gånger/vecka eller mer <input type="checkbox"/>				
2. Hur många "glas" (se exempel) Dricker Du en typisk dag då Du dricker alkohol?		1 - 2 <input type="checkbox"/>	3 - 4 <input type="checkbox"/>	5 - 6 <input type="checkbox"/>	7 - 9 <input type="checkbox"/>	10 eller fler <input type="checkbox"/>			
3. Hur ofta dricker Du sex sådana "glas" eller mer vid samma tillfälle?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
4. Hur ofta under det senaste året har Du inte kunnat sluta dricka sedan Du börjat?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
5. Hur ofta under det senaste året har Du låtit bli att göra något som Du borde för att Du drack?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
6. Hur ofta under senaste året har Du behövt en "drink" på morgonen efter mycket drickande dagen innan?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
7. Hur ofta under det senaste året har Du haft skuld känslor eller samvets- förebräelser på grund av Ditt drickande?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
8. Hur ofta under det senaste året har Du druckit så att Du dagen efter inte kommit ihåg vad Du sagt eller gjort?	Aldrig <input type="checkbox"/>	Mer sällan än en gång i månaden <input type="checkbox"/>	Varje månad <input type="checkbox"/>	Varje vecka <input type="checkbox"/>	Dagligen eller nästan varje dag <input type="checkbox"/>				
9. Har Du eller någon annan blivit skadad på grund av Ditt drickande?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					
10. Har en släkting eller vän, en läkare (eller någon annan inom sjukvården) oroat sig över Ditt drickande eller antytt att Du borde minska på det?	Nej <input type="checkbox"/>	Ja, men inte under det senaste året <input type="checkbox"/>		Ja, under det senaste året <input type="checkbox"/>					