|  |  |
| --- | --- |
| **SYGEFRAVÆRSSAMTALE** | |
|  | |
| (Lønmodtagers navn) | (Firmanavn) |
| (Adresse) | (Adresse) |
| (Postnr. & By) | (Postnr. & By) |
| CPR-nr. (indtast) | CVR-nr. (indtast) |
|  |  |
| Dato for første sygedag | Dato for afholdelse af samtale |
| D. / 2019 | D. / 2019 |
|  |  |
| Hvor lang tid tror du, at du vil være sygemeldt? |  |
|  |  |
| Er der mulighed for at du kan starte langsomt op, evt. på deltid? |  |
|  |  |
| Er der noget arbejdspladsen kan gøre, for at du vender hurtigere tilbage? |  |
|  |  |
| Ville der være opgaver som du kan løse, selvom du ikke er helt rask? |  |
|  |  |
| Er der forhold på arbejdspladsen, som gør at du tager sygedage? |  |
|  |  |
| Er der nogle hjælpemidler, som kan gøre det lettere at vende tilbage på arbejde? |  |
|  |  |
| Hvordan kan vi i fællesskab lave en plan for, hvordan du godt i gang igen?  - Mulighedserklæring  - Fastholdelsesplan |  |
|  |  |
| Hvordan holder vi bedst kontakten i den periode, du ikke er her? |  |
|  |  |
| Hvad skal vi aftale, vi fortæller dine kollegaer? |  |
|  |  |
| Samtalen er gennemført dags dato og der er udleveret en kopi til begge parter. Ved telefonisk samtale, sender arbejdsgiveren kopi til medarbejderen. | |
|  | |
|  |  |
| medarbejders underskrift | arbejdsgivers underskrift |