

Tjugonde™

Rehabilitering

REMISS

Namn:	Personnummer:	Telefonnummer:
-------	---------------	----------------

Företag- arbetsuppgift:	Kontaktuppgifter närmaste chef:
-------------------------	---------------------------------

Beskriv problemet:

Besök på Tjugonde godkänns

Datum:	Underskrift närmaste chef:
--------	----------------------------

Tjugondes förslag på åtgärder:

Datum:	Namn:	Befattning:
--------	-------	-------------

Planerade åtgärder godkänns

Önskar kontakt med ansvarig läkare

Kontaktuppgifter:

Arbetsgivarens förslag på åtgärder som kan underlätta återgång i arbetet: