Sygefraværssamtale

<Lønmodtagers navn> <Firmanavn>

<Adresse> <Adresse>

<Post nr. & by> <Post nr. & by>

Cpr-nr.: <x> CVR-nr.: <x>

Dato for første sygedag Dato for første sygedag

D. / - 20 D. / - 20

|  |  |
| --- | --- |
| 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 |  |
| Vil der være opgaver 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 kommer 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, sendes arbejdsgivers kopi til medarbejderen.

Medarbejderen underskrift Arbejdsgivers underskrift