|  |
| --- |
| Du kan forma textfälten för svaren enligt hur långa svar du ger. |
| Vilken är din egen uppfattning om din arbetsförmåga?  Click or tap here to enter text. |
| Hur går det i arbetet?  Click or tap here to enter text. |
| Vad orsakar problem?  Click or tap here to enter text. |
| Vilka mål eller önskemål har du för arbetslivet?  Click or tap here to enter text. |
| Vad kan du själv göra för att förbättra din arbetsförmåga?  Click or tap here to enter text. |
| Vilket stöd för din arbetsförmåga önskar du? Vilka åtgärder på arbetsplatsen kunde förbättra dina möjligheter att klara av ditt arbete?  Click or tap here to enter text. |
| Vilka åtgärder önskar du av företagshälsovården/vårdaktören/rehabiliteringen för att förbättra din arbetsförmåga?  Click or tap here to enter text. |