



Blankett 2. Vårdförbindelse

Avtalsparter:

Personuppgifter:

Namn _____

Födelseid _____

Arbetsuppgift _____

Förman _____

Arbetsgivarens representant:

Namn och arbetsuppgift _____

X = beslutat

- Jag lovar delta i den planerliga rehabilitering som ordnas åt mej via företagshälsovården och följa vårdplatsens anvisningar.
- Jag förklarar mej vara medveten om att ifall jag inte godkänner vårdavtalet eller inte följer rehabiliteringsplanen eller om mitt rusmedelsbruk fortsätter, påbörjas av arbetsavtalslagen fastställdad data påföljder (skriftlig varning, uppsägning av arbetsförhållandet).
- Företagshälsovården har rätt att få uppgifter från vårdplatsen om hur vården förverkligas och hur rehabiliteringsplanen följs.
- Vårdplatsen har rätt att ta kontakt med företagshälsovården angående vårdens förverkligande.
- Förmannen har rätt att veta om jag följer rehabiliteringsplanen
- Arbetsgivaren har i samband med byte av arbetsplats, rätt att vidarebefordra detta vårdavtal samt rehabiliteringsplanen medan de är i kraft till följande enhet/avdelning inom samma företag.
- Lönefrågorna och betalaren av kostnaderna som vården orsakar har retts ut.
- Jag ger mitt lov till att detta avtal skickas till de här i detta avtal nämnda mottagare.
- Vi har avtalat hur mina närmaste arbetskamrater informeras om min situation.
Förvaringsätt: _____

- Jag vägrar gå med på rusvårdsbehandling.



Uppföljningsmöten hålls enligt följande: _____

Rusvårdsavtalet är i kraft _____ månader efter underskriftsdagen.

Datum och underskrifter:

Plats och tid: _____

Personen

Arbetsgivarens representant

Stödperson

Nedskrivarens namn

Förtroendeman (vid behov)

Distribution:

Avtalsparter

Förman

Enhetens chef

Stödperson

Förtroendeman

Företagshälsovården

Bilagor:

Rehabiliteringsplan