

Tarvitsemme tietoja kuntoutus- ja/tai eläkeasian käsittelyä varten. Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan lomakkeella esitettyihin kysymyksiin. Työntekijän työn ja hänen työssä selviytymisensä parhaiten tuntevan henkilön tulisi täyttää lomake.

Lomake tulee palauttaa Eläke-Tapiolaan täytettynä viimeistään kahden (2) viikon sisällä lomakkeen vastaanottamisesta.

Työntekijä	Sukunimi ja etunimet	Henkilötunnus	
Toimipaikan yhteystiedot	Toimipaikan nimi ja osoite		
Työssäoloaika ja työlaatu	Nykyinen työtehtävä alkoi (ppkkvvvv)	Päättyi (ppkkvvvv)	Päivittäinen/viikottainen työaika, tuntia
	Työ on ollut		
	<input type="checkbox"/> päivätyötä	<input type="checkbox"/> vuorotyötä	<input type="checkbox"/> kokopäivätyötä <input type="checkbox"/> osapäivätyötä
	<input type="checkbox"/> aikapalkkaista	<input type="checkbox"/> suoritepalkkaista	
Työtehtävät ja niiden kuormittavuus	Työtehtävät, jotka sisältyivät työhön		
	Työ on kuormittavaa (esim työtahti, työasennot jne.)		
	<input type="checkbox"/> ruumiillisesti	<input type="checkbox"/> henkisesti	
	Tarkempi selvitys		
Työtilat ja olosuhteet	Tarkempi selvitys (esim. melu, pöly, veto, lämpötila, altistavat aineet, tapaturmariski jne.)		
Muutokset työtehtävissä	Tapahtuiko työtehtävissä muutoksia		Milloin?
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
	Miten tehtävät muuttuivat?		
	Oliko muutoksilla vaikutusta ansioihin		
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
	Työntekijän aikaisempi työtehtävä		
Työssä suoriutuminen	Selvitys työstä suoriutumisesta		
	Onko työkyky alentunut?		
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei	
	Syy työkyvyn alenemiseen ja miten vaikuttanut työkykyyn?		
	Tiedot sairauspoissaoloista kolmen viime vuoden ajalta		

Työn vaihtamis- mahdollisuudet ja lisäkoulutustarve	Onko työtehtävien vaihtamismahdollisuudet selvitetty	
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Milloin ja miten?	
	Voiko työntekijä saada muuta työtä yhtiönne/yrityksenne muussa toimipisteessä?	
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Mahdollinen uusi tehtävä	
Työterveyshuolto	Työntekijää koskevat työterveyshuollon tiedot liitteenä	
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
	Hoitolaitos tai paikka, josta tiedot on saatavissa	Puhelin
	Osoite	
Työsuhteen jatkuminen	Työsuhde jatkuu	
	<input type="checkbox"/> Kyllä	<input type="checkbox"/> Ei
Lisätietoja	Työsuhteen päättymispäivä	
Yhteyshenkilö	Nimi	
	Puhelin	
Allekirjoitus	Tehtävä	
	Paikka ja aika	
	Työntäjän allekirjoitus ja nimenselvitys	

Palautusosoite
Keskinäinen Eläkevakuutusyhtiö Tapiola
Eläkepalvelut
PL 9
02010 TAPIOLA

Palautus faksilla
020 605 1069