# Individuell oppfølgingsplan for gravide arbeidstakere

Tar utgangspunkt i funksjonsvurdering – hva arbeidstaker kan/ikke kan gjøre sett i sammenheng med arbeidsoppgaver.

* Oppdatert oppfølgingsplan skal vedlegges søknad om tilretteleggingstilskudd
* Ved sykefravær skal oppfølgingsplan senest være utarbeidet innen 4 uker

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Arbeidstaker:** | | |
| Navn: Klikk her for å skrive inn tekst.  Telefon (jobb):  Stilling: Klikk her for å skrive inn tekst.  Termin: Klikk her for å skrive inn tekst. | | Fødselsnummer: Klikk her for å skrive inn tekst.  Telefon (privat): Klikk her for å skrive inn tekst.  Arbeidsplass: Klikk her for å skrive inn tekst.  Fastlege/jordmor: Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Arbeidsgiver (nærmeste overordnet med personalansvar:** | | |
| Navn: Klikk her for å skrive inn tekst. | | Telefon (jobb): Klikk her for å skrive inn tekst. |
| **Hvordan er arbeidsdagen) Hva kan den den gravide gjøre? Er det eventuelt noe hun ikke kan gjøre?**  Klikk her for å skrive inn tekst. | | |
| **Er det forhold som bør og kan endres? For eksempel arbeidsoppgaver/organisering av arbeidet/tid/krav/tempo/arbeidsutstyr/trening. Forslag til tiltak?**  Klikk her for å skrive inn tekst. | | |
| **Oppsummering/Hva er vi enige om/konklusjon:**  Klikk her for å skrive inn tekst. | | |
| **Oppfølgingssamtale** | | |
| Dato: Klikk her for å skrive inn tekst. | Hva har fungert/ikke fungert?  Klikk her for å skrive inn tekst. | |
| **Behov for bistand fra:** | | |
| Bedriftshelsetjenesten  NAV  Andre: Klikk her for å skrive inn tekst. | | |
| **Samtykkeerklæring** | | |
| Arbeidstaker gir herved tillatelse til at arbeidsgiver kan drøfte arbeidstakers situasjon ift. arbeid/funksjonsevne og innhente opplysninger fra jordmor, lege, NAV eller andre.  Ja  Nei | | |
| Signatur (arbeidstaker) | | |