|  |  |
| --- | --- |
| ***Nafn:*** | ***Kt:*** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Heimilisfang:*** | ***Póstnúmer:*** ***Staður:*** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Heimasími/GSM/vinnusími:*** | ***Netfang:*** |

|  |
| --- |
| ***Stéttarfélag:*** |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nafn læknis:******Sími:***  | ***Heilsugæsla/Aðsetur:******Netfang:*** |

**Einstaklingur þarf túlk Já 🞎 Nei 🞎
Ef já, hvaða tungumál?**

|  |
| --- |
|  |

**Stéttarfélag**

|  |
| --- |
|  |

*Sjúkdómsgreiningar – ICD-10*

**Meginástæður óvinnufærni**

|  |
| --- |
|  |

**Aðrar sjúkdómsgreiningar sem gæti skipt máli**

|  |
| --- |
|  |

*Sjúkrasaga*

**Sjúkrasaga og skoðun m.t.t. skertrar starfsgetu**

|  |
| --- |
|  |

**Er greiningu og meðferð innan heilbrigðiskerfisins lokið? Já 🞎 Nei 🞎
Ef nei, nánar:**

|  |
| --- |
|  |

**Hefur einstaklingur legið á sjúkrahúsi, þ.m.t. geðdeild sl. 3 ár?**

**Já 🞎 Nei 🞎 Ekki vitað 🞎**

**Ef já, nánar:**

|  |
| --- |
|  |

**Hefur áfengis-, lyfja- eða vímuefnaneysla áhrif á starfsgetu?**

**Já 🞎 Nei 🞎 Ekki vitað 🞎**

**Ef já, nánar:**

|  |
| --- |
|  |

**Hefur einstaklingur farið í meðferð vegna fíknivanda á sl. 12 mánuðum?**

**Já 🞎 Nei 🞎 Ekki vitað 🞎**

**Ef já, hvar og hvenær?**

|  |
| --- |
|  |

*Vinnusaga*

**Óvinnufærni**

**Óvinnufær að hluta 🞎 Óvinnufær með öllu 🞎**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hlutfall óvinnufærni:**  | **Frá:** |

**Vinnusaga og núverandi/seinasta starf**

|  |
| --- |
|  |

**Vinnufærni nú**

|  |
| --- |
|  |

**Hvernig hefur heilsubrestur áhrif á færni og starfsgetu?**

|  |
| --- |
|  |

**Hafa félagslegir þættir áhrif á þátttöku á vinnumarkaði?**

**Já 🞎 Nei 🞎 Ekki vitað 🞎**

**Ef já, nánar:**

|  |
| --- |
|  |

*Endurhæfing*

**Hvaða endurhæfing hefur þegar átt sér stað og hvenær?**

|  |
| --- |
|  |

**Er önnur endurhæfing fyrirhuguð?**

**Já 🞎 Nei 🞎 Ekki vitað 🞎**

**Ef já, nánar:**

|  |
| --- |
|  |

*Sýn læknis*

**Er þörf mati á raunhæfi starfsendurhæfingar?**

**Já 🞎 Nei 🞎 Ekki vitað 🞎**

**Er líklegt að einstaklingur nái vinnufærni innan 6 mánaða?**

**Já 🞎 Nei 🞎 Ekki vitað 🞎**

**Annað sem læknir vill taka fram:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Undirskrift og stimpill læknis:***  | ***Dagsetning:*** |

Beiðnir sendist til VIRK-Starfsendurhæfingarsjóðs, Guðrúnartúni 1, 105 Reykjavík

Ófullnægjandi beiðni verður endursend