

FORSLAG TIL FØLGESKRIVELSE VEDR. INDHENTELSE AF MULIGHEDSERKLÆRING

[fulde navn]

[Adresse]

[Adresse]

Frist for indhentelse af mulighedserklæring.

Ved møde den [dato] er det aftalt, at del 2 af vedlagte mulighedserklæring skal udfyldes af din egen læge og returneres til [tjenestestedet] senest den [14 dage].

Med udgangspunkt i den udfyldte del 1, giver lægen sin vurdering af den beskrevne funktionsnedsættelse, dine arbejdsmuligheder samt forslag til eventuelle yderligere skånehensyn. Lægen giver desuden oplysninger om den forventede varighed af perioden, hvor arbejdet skal tilpasses samt varigheden af den periode, hvor helt eller delvist fravær fra arbejdet er nødvendig.

Såfremt der undtagelsesvist skulle opstå problemer med at få en tid hos lægen inden for ovenstående frist, skal du straks kontakte [tjenestestedet].

Denne skrivelse medbringes ved lægen.

Regningen betales af Sygemeldingskontoret og bedes fremsendt elektronisk til

EAN 5798000201576 fakturamodtager FPS-OE-BES og med reference til ordrenr. 324722, ordreafgiver FPS-AEF-SB04 samt medarbejderens Cpr.nr.

Mulighedserklæringen bedes sendt i vedlagte frankerede svarkuvert. Erklæringen skal være [tjenestestedet] i hænde snarest muligt og senest den [frist 14 dage].

Eventuelle spørgsmål kan rettes til undertegnede på telefon [].

Med venlig hilsen

Bilag.:

Mulighedserklæring.

Frankeret svarkuvert