

Lomake 2. HOITOSITOUMUS

Sopijaosapuolet:

Henkilön tiedot

sukunimi _____ etunimi _____

syntymäaika _____ työtehtävä _____

osasto/yksikkö _____ esimies _____

Työnantajan edustaja _____ työtehtävä _____ Osasto _____

(Käsitelty = X)

___ Lupaudun osallistumaan minulle työterveyshuollon kautta järjestettyyn kuntoutukseen suunnitelman mukaisesti ja noudattamaan hoitopaikan ohjeita.

___ Ilmoitan olevani tietoinen siitä, että mikäli en hyväksy hoitositoumusta tai en noudata kuntoutussuunnitelmaa tai päihteiden käyttöni jatkuu, käynnistetään työsopimuslain mukaiset seuraamukset (kirjallinen varoitus, työsuhteen päättäminen).

___ Työterveyshuollolla on oikeus saada hoitopaikasta tiedot hoidon toteutumisesta ja kuntoutussuunnitelman noudattamisesta.

___ Hoitopaikalla on oikeus ottaa yhteyttä työterveyshuoltoon hoidon toteutumisesta.

___ Esimiehellä on oikeus saada tietää, toiminko kuntoutussuunnitelman mukaisesti.

___ Työnantajalla on oikeus työpaikan vaihtamisen yhteydessä toimittaa tämä hoitositoumus sekä kuntoutussuunnitelma niiden voimassaoloaikana seuraavaan saman työnantajan työpaikkaan/yksikköön.

___ Sopimuksen päättyessä järjestetään arviointineuvottelu esimiehen ja työterveyshuollon kanssa.

___ Annan luvan toimittaa tämän sopimuksen tässä asiakirjassa mainituille jakelun saajille.

___ Olemme sopineet, miten tilanteestani tiedotetaan lähimmille työtovereille:

(menettelytapa kirjoitetaan tähän)

___ Kieltäydyn hoitoonohjauksesta.

Seurantakokousten ajankohdat:

Sopimuksen voimassaolo:

Hoitositoumus on voimassa ____ kuukautta allekirjoittamispäivämäärästä.

Päiväys ja allekirjoitukset:

Paikka ja aika

Henkilö_____ Työnantajan edustaja_____

Luottamusmies (tarvittaessa)_____ Muistion kirjoittaja_____

Jakelu:

____ Sopijaosapuolet ____ Esimies

____ Yksikön päällikkö ____ Tukihenkilö

____ Luottamusmies ____ Työterveyshuolto

Liitteet:

Kuntoutussuunnitelma