

3. Millaiseksi arvioit nykyisen työkykyysi ruumiillisten vaatimusten kannalta?

Erittäin huono Melko huono Kohtalainen Melko hyvä Erittäin hyvä

4. Millaiseksi arvioit nykyisen työkykyysi työn henkisten vaatimusten kannalta?

Erittäin huono Melko huono Kohtalainen Melko hyvä Erittäin hyvä

5. Häiritsevätkö mahdolliset perhepiirin ongelmat työkykyäsi?

Hyvin usein Melko usein Silloin tällöin Melko harvoin Ei koskaan

6. Haittaavatko sairautesi tai vammasi työkykyäsi?

- Ei haittaa lainkaan / ei ole sairauksia
 Suoriudun työstä, mutta sairauksistani tai vammoistani aiheutuu haittaa
 Sairauteni tai vammani vuoksi selviytyisin mielestäni vain osa-aikatyössä
 Sairauteni tai vammani vuoksi olen mielestäni täysin kykenemätön työhön

7. Uskotko, että terveydentilasi puolesta pystyisit työskentelemään nykyisessä ammatissasi kahden vuoden kuluttua?

Tuskin En ole varma Melko varmasti

8. Oletko kiinnostunut kuntoutuksesta?

En Kyllä

9. Oletko ollut kuntoutuksessa?

En

Kyllä, missä ja milloin? _____

Nykyinen terveydentila**10. Merkitse seuraavaan luetteloon, millaisia sairauksia tai vammoja sinulla on tällä hetkellä.**

Mikä, minkälainen, koska, onko haittaa? Tarvittaessa voit jatkaa tekstiä kaavakkeen loppussa olevaan vapaaseen tekstikenttään.

Tapaturma tai vamma: _____

Tuki- ja liikuntaelinten sairaus (esim. kulumat, reuma): _____

Verenkiertoelinten sairaus (esim. sepelvaltimotauti, verenpainetauti, suonikohjut): _____

- Hengityselinten sairaus (esim. astma, krooninen yskä): _____

- Mielenterveyden häiriö (esim. masennus, krooninen unettomuus): _____

- Hermoston ja aistimien sairaus (esim. näkö tai kuulovamma, epilepsia:) _____

- Ruuansulatuselinten sairaus (esim. närästys, sappikivet:) _____

- Virtsa- tai sukuelinten sairaus (esim. krooninen virtsatietulehdus): _____

- Ihon sairaus (esim. allerginen ihottuma): _____

- Kasvaimet: _____
- Umpierityksen ja aineenvaihdunnan sairaudet (esim. diabetes, kilpirauhassairaus): _____

- Verisairaudet (esim. anemia): _____
- Synnynnäiset viat: _____
- Muut oireet, vaivat tai sairaudet (esim. toistuva päänsärky): _____

11. Säännöllinen lääkitys

12. Allergiat (ruoka-aineet, pölyt, lääkeaineet)

13. Leikkaukset, sairaalahoidot?

Elintavat, terveystriskit ja voimavarat

14. Mitä liikuntaa harrastat ja miten paljon?

15. a) Syötkö mielestäsi terveellisesti? Onko sinulla sairaus, joka rajoittaa ruokavaliotasi?

Oletko ali/normaali/ylipainoinen? Terveystarkastuksen yhteydessä mitataan paino, pituus, vyötärön ympäryys ja verenpaine.

16. Koska olet viimeksi käynyt hammaslääkärin tai suuhygienistin tarkastuksessa?

17. Onko rokotussuojasi tarkistettu viimeisen viiden vuoden aikana? Kyllä Ei

Jos sinulla on olemassa rokotuskortti, ota se mukaasi tarkastukseen.

18. a) Tupakoitko? En Olen lopettanut, milloin? _____

Kyllä, kuinka kauan olet tupakoinut? _____ Kuinka monta savuketta päivässä? _____

19. Oletko käyttänyt huumeita tai lääkkeitä huumaaviin tarkoituksiin? En

Kyllä, mitä ja milloin? _____

20. Oletko ollut hoidossa huumaavien aineiden käytön vuoksi? Missä ja milloin? En

Kyllä, missä ja milloin? _____

20. a) Käytätkö alkoholia? En Kyllä

21. b) Jos käytät vähänkään alkoholia, ole ystävällinen ja täytä liitteenä oleva alkoholin käytöstä tarkemmin tietoja keräävä lomake (AUDIT-testi).

22. Mielialasi arvioimiseksi, ole ystävällinen ja täytä myös BDI-testi (BDI=Beck depression inventory)

23. Mikä omasta mielestäsi auttaisi sinua voimaan paremmin ja mitä itse olet valmis tekemään?

Vapaa tekstikenttä