



Työntekijän tiedot

Sukunimi: _____

Etunimi: _____

Syntymäaika: _____

Työtehtävä: _____

Yksikkö: _____

Esimies: _____

Kuntoutussuunnitelma:

Käynnit:

Avohoidossa:(hoitopaikka) _____

Ajalla: _____

Laitoshoidossa: (hoitopaikka) _____

Hoitoaika: _____

Seuranta työterveyshuollossa:

_____ kertaa / kk _____ kuukauden ajan.

Muu tukitoiminta:

(esim. työaikajärjestelyt, tukihenkilö työpaikalla, AA, vertaistuki tms.)

Muuta:

(esim. sopiminen palkanmaksusta hoidon aikana, ilmoitusvelvollisuus esimiehelle
hoitokäynneistä, hoitokustannusten vastuut jne.)



Voimassaolo:

Kuntoutussuunnitelma on voimassa _____ kuukautta allekirjoittamispäivästä.

Yhteystiedot:

Työterveyshoitaja: _____ puh. _____

Työterveyslääkäri: _____ puh. _____

Hoitopaikan yhteyshenkilö: _____ puh. _____

Hoidon laiminlyönti

Ymmärrän, että mikäli en noudata kuntoutussuunnitelmaani tai päihteiden haitallinen käyttö jatkuu, työsuhteeni voidaan purkaa tai irtisanoa voimassa olevien työ- ja virkaehtosopimusten ja työlainsäädännön perusteella.

Paikka ja aika

_____ / _____ 20____

Allekirjoitukset:

Työntekijä: _____

Työterveyshuollon edustaja: _____

Esihenkilö: _____

Hoitopaikan edustaja: _____

Jakelu

ao. henkilö, esihenkilö, työterveyshuolto, hoitopaikka