

Lieksan kaupungin päihdeohjelma, LIITE 3

Hoitositoumus

Sopijaosapuolet

Työntekijän tiedot

Etu- ja sukunimi:

Syntymäaika:

Osasto/yksikkö:

Työtehtävä:

Esihenkilö:

Työnantajan edustaja:

Osasto/yksikkö:

Työtehtävä:

KÄSITELTY = (merkitse 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.

___ Esihenkilöllä 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 esihenkilön ja työterveyshuollon kanssa.

___ Palkka-asiat ja hoidosta aiheutuvien kustannusten maksaja on selvitetty.

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

___ Olemme sopineet, miten tilanteestani tiedotetaan lähimmille työtovereille.

Menettelytapa: _____

___ Kieltäydyn hoitoonohjauksesta.

SEURANTAKOKOUSTEN AJANKOHDAT:

SOPIMUKSEN VOIMASSAOLO:

Hoitositoumus on voimassa ___ kuukautta allekirjoittamispäivästä.

PÄIVÄYS JA ALLEKIRJOITUKSET:

Paikka ja aika:

Työntekijä:

Työnantajan edustaja:

Luottamusmies (tarvittaessa):



Muistion kirjoittaja:

Jakelu

___ Sopijaosapuolet
___ Luottamusmies
___ Tukihenkilö

___ Yksikön päällikkö
___ Esihenkilö
___ Työterveyshuolto

Liite: Kuntoutussuunnitelma (työterveyshuollon laatima)