

HOITOSUUNNITELMA

Liite 4

Hoitosuunnitelmaksi on sovittu seuraavaa:

Käynnit

Avohoidossa _____ (hoitopaikka)

Laitoshoidossa _____ (hoitopaikka)

Ajalla: _____ (hoitoaika)

Seuranta työterveyshuollossa _____ kertaa / kk _____ kuukauden ajan

Muu tukitoiminta (työaikajärjestelyt, tukihenkilö työpaikalla, AA yms.)

Muuta (esimerkiksi sopiminen palkanmaksusta hoidon aikana, ilmoitusvelvollisuudesta esimiehelle hoitokäynneistä, hoitokustannusten vastuista jne.)

Voimassaolo

Hoitosopimus on voimassa ___ kuukautta allekirjoittamispäivästä.

Yhteystiedot:

työterveyshoitaja _____

puh _____

työterveyslääkäri _____

puh _____

hoitopaikan yht.henkilö _____

puh _____

Hoidon laiminlyönti

Ymmärrän osaltani, että mikäli en noudata hoitosuunnitelmaani tai päihteiden haitallinen käyttö jatkuu, työsuhteeni voidaan purkaa tai irtisanoa voimassa olevien työehtosopimusten ja työlainsäädännön perusteella.

_____ / _____ 200_____

Paikka ja aika

Ao. henkilö

Esimies

Työterveyshuollon edustaja

Hoitopaikan edustaja

Jakelu: Ao. henkilö, esimies, työterveyshuolto, hoitopaikka