

# Egenmelding

Leveres personlig til arbeidsgiver første arbeidsdag etter sykefraværet.



HELSEPARTNER  
OMSORG

## FYLLES UT AV ARBEIDSTAKER

Arbeidstakers navn:

Fødselsnr:

### FYLLES UT VED FRAVÆR PGA EGEN SYKDOM

Er fraværet arbeidsrelatert?

Ja

Nei

Fra og med dato:

Til og med dato:

### FYLLES UT VED FRAVÆR PGA BARNETS SYKDOM ELLER BARNEPASSERS SYKDOM

Fravær skyldes

Barnets sykdom

Barnepassers sykdom

Fra og med dato:

Til og med dato:

Barnets eller barnepassers navn:

Barnets fødselsdato:

Har du omsorg for flere enn 2 barn under 12 år?

Ja

Nei

Er du alene om omsorgen for barnet/barna?

Ja

Nei

Dersom du har utvidet rett til omsorgspenger (etter vedtak fra NAV)

Fordi du har omsorg for kronisk sykt eller funksjonshemmet barn, oppgi barnets navn.

Barnets navn:

Barnets fødselsdato:

Har du i tillegg omsorg for andre barn under 12 år?

Ja

Nei

Barnets navn:

Barnets fødselsdato:

Dato

Arbeidstakers underskrift

## FYLLES UT AV ARBEIDSGIVER

Er arbeidstakeren unntatt fra bestemmelser om arbeidsgiveransvar på grunn av langvarig og kronisk sykdom, jf. §8-20?

Ja

Nei

Mottatt dato:

Signatur:

Antall sykefravær på egenmelding

Ved egen sykdom de siste 12 måneder

Arbeidsgivers anmerkninger:

Dato

Arbeidsgivers underskrift