

HOITONOHJAUSSOPIMUS

Henkilötiedot	Nimi	Hetu
	Ammattinimike:	
Tehtävä		
Esihenkilö	Nimi	
	Yhteystiedot	
Luottamushenkilö	Nimi	
	Yhteystiedot	
<p>Hoitoonohjauksen syy:</p> <p>Olen osallistunut keskusteluun, jossa on käsitelty päihdeongelmaani. Olemme todenneet, että tarvitsen päihdeongelmani vuoksi hoitoa. Sitoudun päihdeongelmani vuoksi vähintään 6 kuukauden mittaiseen hoitoon työterveyshuollossa tehtävän hoitosuunnitelman mukaan ja noudattaman hoitopaikan antamia ohjeita. Työterveyshuolto seuraa, että noudatan tehtyä hoitosuunnitelmaa ja saa kirjallisen palautteenhoidosta. Hoitopaikka ottaa yhteyttä työterveyshuoltoon, jos hoidossa tapahtuu laiminlyöntejä. Työnantajallani on oikeus saada tieto työterveyshuollosta/hoitopaikasta käynkö hoitosopimuksen mukaisesti hoidossa, mutta ei muuta tietoa hoidon sisällöstä. Työnantaja ei hoidon jatkuessa hoitosopimuksen mukaan käytä edeltänyttä päihteiden käyttöä ja/tai siihen liittyneitä rikkomuksia työsuhteen päättämisperusteina. Mikäli en noudata hoitosuunnitelmaani tai päihteiden väärinkäyttö jatkuu, työsuhteen päättäminen on mahdollista. Hoitosopimuksen voimassaoloaikana sairauspoissaolotodistukset hyväksytään vain oman työterveyshuollon kirjoittamina. Hoitosopimus on voimassa 12kk/___kk allekirjoituksesta.</p>		
Sopimuksen hyväksyminen	<input type="checkbox"/> Hyväksyn tämän sopimuksen <input type="checkbox"/> En hyväksy tätä sopimusta	
Päiväys ja allekirjoitukset	Hoitoon ohjattu Luottamushenkilö/muu todistaja	Esihenkilö
Liitteet	Sopimuksesta on tehty kaksi kappaletta, toinen jää hoitoon ohjatulle ja toinen esihenkilölle. Sopimuksesta toimitetaan kopio <input type="checkbox"/> työterveyshuoltoon <input type="checkbox"/> hoitopaikkaan <input type="checkbox"/> hallintojohtajalle	