|  |
| --- |
| 1. Bydd [ENW] o’r Fenter yn cwblhau adran 1 o’r ffurflen hon. Mae cynnwys y ffurflen hon yn gwbl gyfrinachol.  2. Ar ôl dychwelyd i’r gwaith, bydd gofyn i chi gwblhau adran 2 o’r ffurflen hon.  3. Ar ôl i’r ffurflen hon gael ei chwblhau, caiff ei chadw yn eich ffeil personél. |

|  |  |
| --- | --- |
| ADRAN 1 – i’w gwblhau gan [ENW] o’r Fenter | |
| Enw’r aelod staff: |  |
| Dyddiad dechrau’r salwch: |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ADRAN 2 – I’w gwblhau ar ôl dychwelyd i’r gwaith | | | | | | |
| Dyddiau’r Salwch: | Dyddiad dechrau: | | | | Dyddiad gorffen: | |
| Cyfanswm y dyddiau yn absennol: |  | | | | | |
| Natur/symptomau’r salwch: | | |  | | | |
| A wnaethoch chi ymgynghori gyda’ch meddyg teulu? | | | DO | | | NADDO |
| Os na, a wnaethoch chi dderbyn unrhyw fath arall o driniaeth, e.e. ffisiotherapi (Sylwer, efallai y bydd gofyn i chi gyflwyno cardiau apwyntiad) | | |  | | | |
| A wnaethoch chi gymryd unrhyw feddyginiaeth? Rhestrwch y feddyginiaeth. | | |  | | | |
| Ai’r meddyg teulu a roddodd y feddyginiaeth i chi? | | |  | | | |
| Ydych chi’n parhau i gymryd y feddyginiaeth a roddwyd? Os ydych, ydy’r feddyginiaeth yn cael effaith ar eich perfformiad yn y gwaith o ddydd i ddydd? | | |  | | | |
| Beth oedd cyngor y meddyg teulu os na roddwyd meddyginiaeth at eich salwch? | |  | | | | | |
| Ydych chi wedi profi unrhyw anawsterau ar ôl derbyn y cyngor hwn? | |  | | | | | |
| A yw eich salwch yn rheolaidd / yn barhaus? | |  | | | | | |
| Ydych chi’n rhagweld y bydd eich salwch yn parhau i effeithio ar eich presenoldeb yn y gwaith? | | NA | | YDW ………………………………………….. | | | |
| A oedd eich salwch yn gysylltiedig gyda’ch gwaith? | | NA | | OEDD ………………………………………….. | | | |
| A oes ffactorau sy’n gysylltiedig gyda’ch gwaith sydd yn effeithio ar eich iechyd? | | NA | | OES ………………………………………….. | | | |
| A oes modd gwneud unrhyw beth i wella eich amgylchedd gwaith a allai wella eich iechyd? | |  | | | | | |
| Nodwch fanylion unrhyw gamau a gytunwyd arnynt o ganlyniad i absenoldeb sy’n gysylltiedig â’r gwaith. | |  | | | | | |
| Hoffech chi ychwanegu unrhyw beth arall? | |  | | | | | |

Llofnod yr aelod staff: ................................. Dyddiad:................................

Rydw i yn tystio bod yr wybodaeth uchod yn gofnod cywir a chyflawn o fy absenoldeb o’r gwaith. Rydw i hefyd yn caniatáu i’r Fenter gysylltu â fy meddyg teulu neu unrhyw awdurdod meddygol arall am wybodaeth bellach. Rwyf yn deall y bydd yr wybodaeth a roddwyd uchod, a thystiolaeth arall a gyflwynwyd i gefnogi fy absenoldeb, yn cael ei ddefnyddio gan y Fenter i gyfrifo unrhyw hawl i dâl salwch ac unrhyw fudd perthnasol arall a all fod yn ddyledus i mi.

**Bydd y cofnod hwn yn cael ei gadw yn gyfrinachol.**