Meditsiiniline aruanne töövõimetuse kohta

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Isikuandmed** |
| 1.1 Perekonnanimed  |  |
| 1.2 Eesnimed: | Sünnikuupäev: |
| 1.3 Aadress elu- võiasukohariigis: |  |
| 1.4 Isikukood |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2** |  **Arsti arvamus** |
| Mina, allakirjutanu, olles uurinud eespool nimetatud isikut |
| (kuupäev) |  |
| 2.1 Leian, et tegemist on |
| [ ]  haigusega | [ ]  rasedusega (eeldatav sünnituse aeg) |
| 2.2 Haiguse puhul on tõenäoliselt tegemist |
| [ ]  tööõnnetusega | [ ]  kutsehaigusega | [ ]  õnnetusega |
| 2.3 [ ]  haigushoo kordumise või haiguse ägenemisega |
|  |  |
| **3** | **Aruanne. NB Täidetakse kõigi juhtumite puhul** |
| 3.1 Haiguslugu ja praegused sümptomid: |
|  |
| 3.2 Kliiniline läbivaatus: |
|  |
| 3.3 Muud tähelepanekud: |
|  |
| 3.4 Eriuuringud:  |
|  |
| 3.5 Diagnoos: |
|  |
| 3.6 Järeldused: |
|  |
| 3.7 [ ]  On tuvastatud, et asjaomane isik ei ole töövõimetu |
| 3.8 [ ]  On tuvastatud, et asjaomane isik on töövõimetu |
| alates |  | kuni |  |
| 3.9 [ ]  On tuvastatud, et asjaomane isik on osaliselt töövõimetu |
| (töövõimetuse %) |   | alates |  | kuni |  |
| 3.10 [ ]  Asjaomasele isikule tehakse täiendav meditsiiniline läbivaatus (kuupäev) |  |
| 3.11 [ ]  Asjaomane isik peaks olema töövõimeline (kuupäev) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4** | **Aruande väljastaja andmed** |
| 4.1 Nimi: |  |
| 4.2 Asutuse tunnuskood: |  |
| 4.3 Aadress: |  |
| 4.4 Pitser: |
|  | 4.5 Kuupäev: |  |
|  | 4.6 Allkiri: |  |