

**MEDITSIINILINE ARUANNE TÖÖVÕIMETUSE KOHTA  
(HAIGUS, RASEDUS JA SÜNNITAMINE, TÖÖNNETUS, KUTSEHAIGUS)**

Määrus (EMÜ) nr 1408/71: artikli 19 lõike 1 punkt b; artikli 22 lõike 1 punkti a alapunkt ii, lõike 1 punkti b alapunkt ii; lõike 1 punkti c alapunkt ii; artikli 25 lõike 1 punkt b; artikli 52 punkt b; artikli 55 lõike 1 punkti a alapunkt ii; lõike 1 punkti b alapunkt ii ja lõike 1 punkti c alapunkt ii

Määrus (EMÜ) nr 574/72: artikli 18 lõiked 2 ja 3; artikkel 24; artikli 26 lõiked 5 ja 7; artikli 61 lõiked 2 ja 3; artikkel 64; artikli 65 lõiked 2 ja 4

Täidab sama asutuse arst, kes täidab vormi E 115, mis lisatakse käesolevale vormile ja edastatakse haiguse või raseduse ja sünnitamise korral pitseeritud ümbrikus(?).

**Palun täitke käesolev vorm trükitähedega, kirjutades ainult punktiirjoontele. Käesolev vorm koosneb kolmest leheküljest.**

1.	Pädev asutus, kellele käesolev vorm on adresseeritud
1.1	Nimi: .....
1.2	Asutuse tunnuscode: .....
1.3	Aadress: .....
1.4	Viide: meie vorm E 116, mis väljastati ..... (kuupäev)

2. Lisatud vormile E 115, mis väljastati .....(kuupäev)

3.	Asjaomane isik
3.1	Perekonnanimed <sup>(2)</sup> : .....
3.2	Sünnijärgsed perekonnanimed (juhul kui need erinevad praegusest): .....
3.3	Eesnimed: ..... Sünnikuupäev: .....
3.4	Aadress elu- või asukohariigis: .....
3.5	Isikukood: .....

4. Mina, allkirjutanu, ..... arst, olles uurinud eespool nimetatud isikut (kuupäev) .....

4.1 leian, et tegemist on  haigusega  rasedusega (eeldatav sünnituse aeg .....

4.2 haiguse puhul on tõenäoliselt tegemist  tööõnnetusega  kutsehaigusega  õnnetusega

4.3  haigushoo kordumise või haiguse ägenemisega

**A. Üldaruanne**

5.	Täidetakse kõigi juhtumite puhul
5.1	Haiguslugu ja praegused sümptomid: .....
5.2	Kliiniline läbivaatus: .....
5.3	Muud tähelepanekud: .....
5.4	Eriuuritud <sup>(4)</sup> : .....
5.5	Diagnoos: .....
5.6	Järeldused: .....
5.7	<input type="checkbox"/> On tuvastatud, et asjaomane isik ei ole töövõimetu
5.8	<input type="checkbox"/> On tuvastatud, et asjaomane isik on töövõimetu alates ..... kuni .....
5.9	<input type="checkbox"/> On tuvastatud, et asjaomane isik on osaliselt töövõimetu (töövõimetus % ..... ) alates ..... kuni ..... <sup>(5)</sup>
5.10	<input type="checkbox"/> Asjaomasele isikule tehakse täiendav meditsiiniline läbivaatus (kuupäev) .....
5.11	<input type="checkbox"/> Asjaomane isik peaks olema töövõimeline (kuupäev) .....

**B. Aruanded tööõnnetuse korral**

6.	Esimene meditsiiniline aruanne
6.1	Kõnealune õnnetus põhjustas järgmised vigastused <sup>(6)</sup> : .....
6.2	Kõnealustel vigastustel <input type="checkbox"/> olid järgmised tagajärjed <input type="checkbox"/> võivad olla järgmised tagajärjed <sup>(7)</sup>
6.3	Töövõimetus algas (kuupäev) .....
6.4	Vigastatud isikut raviti <input type="checkbox"/> kodus <input type="checkbox"/> ambulatoorselt <input type="checkbox"/> haiglas <input type="checkbox"/> mujal Aadress <sup>(8)</sup> : .....

7.	Viimane meditsiiniline aruanne
7.1	Ravi lõppes (kuupäev): .....
7.2	Vigastuste seisund stabiliseerus (kuupäev): .....
7.3	<input type="checkbox"/> ja lõppes täieliku paranemisega
7.4	<input type="checkbox"/> ning võivad ilmned järgmised tagajärjed: ..... ..... .....
7.5	Kannatanu tervenemise või ravijärgse seisundi üksikasjalik kirjeldus: ..... ..... .....

8.	Elu- või asukohajärgne asutus		
8.1	Nimi: .....		
8.2	Pädeva asutuse tunnuscode: .....		
8.3	Address: .....		
8.4	Pitser	8.5	Kuupäev: .....
		8.6	Allkiri: .....

#### MÄRKUSED

- (<sup>1</sup>) Vormi täitva asutuse riigi tähised: BE = Belgia; CZ = Tšehhi Vabariik; DK = Taani; DE = Saksamaa; EE = Eesti; GR = Kreeka; ES = Hispaania; FR = Prantsusmaa; IE = Iirimaa; IT = Itaalia; CY = Küpros; LV = Läti; LT = Leedu; LU = Luksemburg; HU = Ungari; MT = Malta; NL = Madalmaad; AT = Austria; PL = Poola; PT = Portugal; SI = Sloveenia; SK = Slovakkia; FI = Soome; SE = Rootsi; UK = Ühendkuningriik; IS = Island; LI = Liechtenstein; NO = Norra; CH = Šveits.
- (<sup>2</sup>) Belgias väljamakstavate rasedus- ja sünnihüvitiste jaoks ei nõuta vormi E 116. Belgias tuleb kõnealune vorm saata alati esmalt Belgia pädevale ravikindlustusasutusele. Tšehhi Vabariigis, Liechtensteinis, Soomes, Norras ja Rootsis täidab kõnealuse vormi kindlustusasutuse poolt kontrollitud arst, keda asjaomane isik külastab.
- (<sup>3</sup>) Märkida täielik perekonnanimi vastavalt isikut tõendavale dokumendile.
- (<sup>4</sup>) Märkida läbivaatuse liik ja kuupäev.
- (<sup>5</sup>) Norra asutuste jaoks.
- (<sup>6</sup>) Märkida vigastuste liik ja olemus ning vigastatud kehaosa: käeluumurd, muljutud pea, sõrmede vigastused, sisemised vigastused, asfüksia jne.
- (<sup>7</sup>) Näidata tõestatud vigastuste kindlad või võimalikud tagajärjed: surm, pidev või ajutine, osaline või täielik töövõimetus. Ajutise töövõimetus korral näidata selle tõenäoline kestvus.
- (<sup>8</sup>) Kui vigastatud isikut ravitakse haiglas, märkida haigla nimi.