
(Tervishoiuteenuse osutaja)

TÖÖÕNNETUSE TEATIS

1. Töötaja

(ees- ja perekonnanimi, isikukood, amet)

(telefon*)

2. Tööandja

(nimi, aadress)

(kontaktisik, telefon*)

3. Füüsilisest isikust ettevõtja

(ees- ja perekonnanimi, isikukood, amet)

(telefon*)

4. Tööõnnetuse lühikirjeldus, toimumise koht ja aeg

5. Tööõnnetuse tagajärg:

- kerge kehavigastus raske kehavigastus surm

6. Nahka läbistav kokkupuude nakkusohtliku eseme, inimese või loomaga

- määratud ennetav ravi

7. Vigastuse liik (nt luumurd, põrutus, lahtine haav, mürgistus jms)

8. Vigastatud kehaosa (määratleda võimalikult täpselt)

9. Arsti poole pöördumise kuupäev ja kellaaeg:

10. Kas ajutine töövõimetus on määratud:

jah

ei

Arst

(ees- ja perekonnanimi)

(kood, telefon)

kuupäev

* Täidetakse juhul, kui on teada.