_____
(Tervishoiuteenuse osutaja)

ARSTI TEATIS
TÖÖÕNNETUSEST PÕHJUSTATUD
TERVISEKAHJUSTUSE TAGAJÄRJEL
AJUTISE TÖÖVÕIMETUSE MÄÄRAMISEST

1. Töötaja_____
(ees- ja perekonnanimi, isikukood)

_____
(amet, telefon)

2. Arsti poole pöördumise kuupäev ja kellaaeg:_____

3. Tööõnnetuse põhjused töötaja sõnade järgi: _____

_____

_____

4. Diagnoos (eesti keeles)_____

_____

5. Tööõnnetuse tagajärjel tekkinud kehavigastuse raskusaste:
☐ **kerge** ☐ **raske**

6. Ajutine töövõimetus on määratud:
☐ **1-3 päevaks** ☐ **rohkem kui 3 päevaks**

7. Tööandja _____
(nimi, aadress)

Arst _____
(ees- ja perekonnanimi)

_____
(kood, telefon)

_____ _____
(kuupäev) (arsti allkiri)