Võõrtöötajate sotsiaalkindlustuse
 halduskomisjon

E 116

(1)

Meditsiiniline aruanne töövõimetuse kohta

**(HAIGUS, RASEDUS JA SÜNNITAMINE, TÖÖÕÕNNETUS, 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 (2).*

**Palun täitke käesolev vorm trükitähtedes. Käesolev vorm koosneb 4 leheküljest.**

|  |  |
| --- | --- |
| **1** | **Pädev asutus, kellele käesolev vorm on adresseeritud** |
| 1.1 Nimi: |       |
| 1.2 Asutuse tunnuskood: |       |
| 1.3 Aadress: |       |
| 1.4 Viide: meie vorm E 116, mis väljastati | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks | *(kuupäev)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 2 Lisatud vormile E 115, mis väljastati | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks | *(kuupäev)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **3** | **Asjaomane isik** |
| 3.1 Perekonnanimed (3) |       |
| 3.2 Sünnijärgsed perekonnanimed (juhul kui need erinevad praegusest):        |
| 3.3 Eesnimed:  | Sünnikuupäev:  |
|       |       |
| 3.4 Aadress elu- või asukoha riigis: |       |
| 3.5 Isikukood |       |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 4 Mina, allakirjutanu, |       | arst, |
| olles uurinud eespool nimetatud isikut |
| *(kuupäev)* | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks |
| 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 Eriuuringud (4) |
|       |
| 5.5 Diagnoos: |
|       |
| 5.6 Järeldused:  |
|       |
| 5.7 [ ]  On tuvastatud, et asjaomane isik ei ole töövõimetu |
| 5.8 [ ]  On tuvastatud, et asjaomane isik on töövõimetu: |
| alates | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks | kuni | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks |
| 5.9 [ ]  On tuvastatud, et asjaomane isik on osaliselt töövõimetu: |
| (töövõimetuse %)       |  | alates | Kliki kuupäeva sisestamiseks | kuni | Kliki kuupäeva sisestamiseks | (5) |
| 5.10 [ ]  Asjaomasele isikule tehakse täiendav meditsiiniline läbivaatus *(kuupäev)* | Kliki kuupäeva sisestamiseks |
| 5.11 [ ]  Asjaomane isik peaks olema töövõimeline *(kuupäev) Kliki siia kuupäeva sisestamiseks* |

|  |  |
| --- | --- |
| **B** | **Aruanded tööõnnetuse korral** |
| **6** | **Esimene meditsiiniline aruanne** |
| 6.1 Kõnealune õnnetus põhjustas järgmised vigastused (6):  |
|       |
| 6.2 Kõnealustel vigastustel [ ]  olid järgmised tagajärjed [ ]  võivad olla järgmised tagajärjed (7) |
|       |
| 6.3 Töövõimetus algas *(kuupäev)*  |       |
| 6.4 Vigastatud isikut raviti:  |
| [ ]  kodus  | [ ]  ambulatoorselt |
| [ ]  haiglas  | [ ]  mujal |
| Aadress (8) |       |

|  |  |
| --- | --- |
| **7** | **Viimane meditsiiniline aruanne** |
| 7.1 Ravi lõppes *(kuupäev)* | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks |
| 7.2 Vigastuste seisund stabiliseerus *(kuupäev)* | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks |
| 7.3 [ ]  ja lõppes täieliku paranemisega |
| 7.4 [ ]  ning võivad ilmneda järgmised tagajärjed: |
|  |
| 7.5 Kannatanu tervenemise või ravijärgse seisundi üksikasjalik kirjeldus: |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| **8** | **Elu- või asukohajärgne asutus** |
| 8.1 Nimi: | EESTI HAIGEKASSA |
| 8.2 Asutuse tunnuskood: | 0001 |
| 8.3 Aadress: | LASTEKODU 48, 10113 TALLINN, ESTONIA |
| 8.4 Pitser: |
|  | 8.5 Kuupäev: | Kliki siia kuupäeva sisestamiseks |
|  | 8.6 Allkiri: |  |

**Märkused**

*(1) 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.*

*(2) 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.*

*(3) Märkida täielik perekonnanimi vastavalt isikut tõendavale dokumendile.*

*(4) Märkida läbivaatuse liik ja kuupäev.*

*(5) Norra asutuste jaoks.*

*(6) Märkida vigastuse liik ja olemus ning vigastatud kehaosa: käeluumurd, muljutud pea, sõrmede vigastused, sisemised vigastused, asfüksia jne.*

*(7) Näidata tõestatud vigastuste kindlad või võimalikud tagajärjed: surm, pidev või ajutine, osaline või täielik töövõimetus. Ajutise töövõimetuse korral näidata selle tõenäoline kestvus.*

*(8) Kui vigastatud isikut ravitakse haiglas, märkida haigla nimi.*