
(Tervishoiuteenuse osutaja)

TÖÖÕNNETUSE TEATIS

1. Töötaja _____

(ees- ja perekonnanimi, isikukood, amet)

(telefon*)

2. Tööandja _____

(nimi, aadress)

(kontaktsik, telefon*)

3. Teenuseosutamise lepingu alusel töötav füüsiline isik

(ees- ja perekonnanimi, isikukood, amet)

(telefon*)

4. Tööõnnetuse lühikirjeldus, toimumise koht ja aeg

5. Tööõnnetuse tagajärg:

ajutine töövõimetus surm

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

7. Vigastatud kehaosa (määratleda võimalikult täpselt)

8. Arsti poole pöördumise kuupäev ja kellaaeg:

Arst _____

(ees- ja perekonnanimi)

(kood, telefon)

_____ kuupäev

* Täidetakse juhul, kui on teada.