

Tervise- ja töoministri 24. juuli määrus nr 50
„Meditsiiniabi korraldamise nõuded laeval ja laeval
nõutava meditsiinivarustuse loetelu“

Lisa 1

TEATIS - REPORT

Part I I Osa	1 Ship's name Laeva nimi	2 Port of call Sihtsadam	3 Date Kuupäev	
To be completed by Master or his Deputy	4 Surname of crewmember Laevapere liikme perekonnanimi	Other name(s) Eesnimi	5 Date of birth Sünniaeg	
	6 Nationality & Language(s) Kodakondsus ja keel(ed)	7 Job Description Töö kirjeldus	8 Seamen's book number Meremehe teenistusraamatu number	
Täidab kapten või tema poolt volitatud isik	9 Date illness/injury occurred Haigestumise/vigastuse kuupäev	10 Date work ceased on board Töö lõpetamise kuupäev	11 Date work resumed on board Töö jätkamise kuupäev	
	12 Details about the illness/injury and treatment on board Haigestumise/vigastuse ja laeval osutatud meditsiiniabi kirjeldus			
	14 Ship Master's signature Kapteni allkiri	13 Ship's agent Agent/reeder Address/Address Tel No/Telefoni nr		
Part II II Osa	15 To the doctor: please see this patient and then fill in the report Retain back copy and return first copy to the master (or agent), second copy accompanies the crewmember Arstile: palun kontrollida patsienti ja täita teatis Säilitada kolmas koopia, tagastada esimene koopia kaptenile (või agendile/ reederile), teine koopia anda laevapere liikmele.			
	16 Diagnosis Diagnoos			
	17 Treatment: Please specify exactly all medicines to be taken, the generic name of the medicine, the dose, the frequency of the dose, the way it is to be taken, and any other treatments required Ravi: Palun märkida täpselt kõik ravimid, nende toimeained, doos, manustamise viis ja sagedus ning teised ravimise viisid.			
	To be completed by Examining Doctor	18 Should he/ she see another doctor later? Kas patsient peaks edaspidi pöörduma teise arsti poole?	No / Ei <input type="checkbox"/>	Yes / Jah <input type="checkbox"/>
		Contagious or infectious disease Nakkushaigus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		Estimated duration of illness (days) Haiguse eeldatav kestus (päevades)	<input style="width: 100px; height: 20px;" type="text"/>	When? Millal? Are any precautions necessary for other crew members? Kas on vajalik rakendada ettevaatusabinõusid teiste laevapere liikmete suhtes?
	Täidab arst	19 Fit for normal work now Töövõimeline	<input type="checkbox"/>	
		Fit for normal work from Töövõimeline alates	<input type="checkbox"/>	Date Kuupäev
		Fit for restricted work Töövõimeline piiranguga	<input type="checkbox"/>	What restrictions? Milliseid piiranguid peab rakendama?
		20 Unfit for work Töövõimetu	<input type="checkbox"/>	For how many days? Päevade arv
	Bed rest necessary Vajalik voodirežiim	<input type="checkbox"/>	For how many days? Päevade arv	
	Recommended to be signed off Soovitus maha munsterdada	<input type="checkbox"/>		
	-and be repatriated ja saata koju	<input type="checkbox"/>	Is air transport recommended? Kas on vajalik õhustrasporti? <input type="checkbox"/> Yes Jah	
	...and go to hospital after repatriation ja saata kodumaal tervishoiuasutusse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> No Ei	
	21 The examination took place - date Läbivaatus toimus - kuupäev			
	-in the doctor's office tervishoiuasutuses	<input type="checkbox"/>		
	-on board laeval	<input type="checkbox"/>		
	-elsewhere mujal	<input type="checkbox"/>	Specify Täpsustada, kus	
	22 Name of health institution, doctor's name, address and Tel No Tervishoiuasutuse nimetus, arsti nimi, aadress ja telefoni nr		Doctor's signature Arsti allkiri.....	
Part III III Osa	23 Port of discharge Sadam, kuhu laevapere liige jäetakse	24 Date Kuupäev	25 Domicile Alaline elukoht	
	26 Name and address of next of kin (relationship) of friend Laevapere liikme poolt nimetatud lähisugulase või isiku nimi ja aadress			
	27 Name and address of health institution where crew member is staying Tervishoiuasutuse nimi ja aadress, kuhu laevapere liige jääb			
	28 Disposition of effects Korraldused laevale jäänud vara hoidmiseks			