

Kindlustatu andmed:

Nimi, perekonnanimi: _____ Isikukood: _____

Address: _____ Telefon: _____

Teave ravi kohta:

Anamnees (kannatanu sõnade järgi): _____

Alkoholi sisaldus patsiendi veres arsti poole pöördumisel: _____

Diagnoos (kaasnevad haigused, tüsistused, ajutrauma korral märkida ka neuroloogilised sümptomid): _____

Teostatud ravi (operatsioonid, taastusravi, fiksatsioonid, punktsioonid jne.): _____

Patsiendi raviaeg:

Ambulatoorne ravi:

Statsionaarne ravi:

Ambulatoorne ravi:		Statsionaarne ravi:	
Algus	Lõpp	Algus	Lõpp

Raviasutuse andmed:

Raviasutuse nimi: _____

Address: _____

Tõendi väljastatud arsti ees- ja perekonnanimi: _____

Telefon, faks, e-post: _____

Arsti allkiri ja pitsat: _____

Tõendi väljakirjutamise kuupäev: _____

Märkused: _____

Kindlustusandja:

AAS "BTA Baltic Insurance Company" Eesti filiaal

Lõõtsa 2B, 11415 Tallinn, Eesti

Telefon (372) 5 68 68 668, (372) 68 68 068; Faks (372) 68 68 062; info@bta-kindlustus.ee

* Arstitõend täidetakse töövõimetuslehe väljastanud arsti poolt.

* Arstitõendiga koos esitada:

- töövõimetusleht või õppetööst vabaduse tõend;

- röntgenipildid.

* Arstitõendi väljastamisega seotud kulud tasub kindlustatu.