



1. TYÖNANTAJAA KOSKEVAT TIEDOT	Työnantajan nimi (yrityksen virallinen nimi)		
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
	Puhelin	Y-tunnus	
	Toimiala	Vakuutusnumero	
	Pankkiyhteys: tilinumero IBAN-muodossa		Yrityksen yksikkö tai osastokoodi
2. VAHINGOITUNUTTA KOSKEVAT TIEDOT	Sukunimi ja etunimi		Henkilötunnus
	Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka
		Kieli	<input type="checkbox"/> su <input type="checkbox"/> ru
	Puhelin	Sähköpostiosoite	
	Ammatti	Pankkiyhteys: tilinumero IBAN-muodossa	
	Omistaako vahingoittunut yritystä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
	Asema yrityksessä _____		
Omistusosuus ja äänimäärä yksin ja perheenjäsenten kanssa %			
Vakituinen työpaikka: kunta ja osoite		Kansalaisuus	
3. AMMATTITAUTIA KOSKEVAT TIEDOT	Mitä oireita työntekijällä on ja mikä niiden aiheuttaja on (esim. kemiallisen aineen nimi)? Mitkä ovat työntekijän työtehtävät ja olosuhteet, joissa altistus on tapahtunut?		
	Missä yrityksen työterveyshuolto on järjestetty (nimi- ja osoitetiedot)?		
	Milloin oireista on ilmoitettu työnantajalle (pvm)?		
	Ensimmäinen lääkärikäynti oireiden vuoksi: pvm, hoitopaikan nimi ja osoite:		
	Vahingon laatu, lomakkeen täyttäjän näkemys riittää (esim. meluvamma, ihottuma)		
4. TYÖSUHDETTA KOSKEVAT TIEDOT	<input type="checkbox"/> Toistaiseksi jatkuva työsuhde		<input type="checkbox"/> Määräaikainen työsuhde
	Työsuhteen alkamispvm:		Mille ajalle työsuhde oli tehty:
	<input type="checkbox"/> päätoimi <input type="checkbox"/> sivutoimi	Viikoittainen työaika	
	Työsuhteesta ja palkasta antaa lisätietoja (esim. palkanlaskija; nimi, puhelin, sähköpostiosoite)		
	Onko samanaikaisesti muita työnantajia? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, työnantajan nimi- ja yhteystiedot:		
	Onko vahingoittunut toiminut samanaikaisesti yrittäjänä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä; <input type="checkbox"/> maatalousyrittäjänä <input type="checkbox"/> muuna yrittäjänä		
Onko vahingoittunut: <input type="checkbox"/> opiskelija: <input type="checkbox"/> eläkeläinen			
Ilmoittakaa oppilaitos / millä eläkkeellä ja mistä alkaen:			
5. ALLEKIRJOITUS	Altistumista koskevia lisätietoja antaa (esim. esimies, työnjohtaja; nimi, osoite, puhelin ja sähköpostiosoite)		
	Pvm ja paikka	Työnantajan/työnantajan edustajan allekirjoitus, puhelinnumero ja sähköpostiosoite	