

1. TYÖNANTAJAA KOSKEVAT TIEDOT	Työnantajan nimi (yrityksen virallinen nimi)			
	Puhelin	Faksi	Sähköpostiosoite	Y-tunnus
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka
	Toimiala		Vakuutusnumero	Konsernitunnus
	Pankkiyhteys: täydellinen tilinumero		Yrityksen yksikkö tai osasto tai osastokoodi	
2. VAHINGOITTU- NUTTA KOSKEVAT TIEDOT	Sukunimi ja kaikki etunimet (puhuttelunimi alleviivataan)		Puhelin	Henkilötunnus
	Lähiosoite		Postinumero	Postitoimipaikka Kieli <input type="checkbox"/> Su <input type="checkbox"/> Ru
	Kansalaisuus	Ammatti	Pankkiyhteys: täydellinen tilinumero	
	Verotuskunta		Ennakonpidätysprosentti (tiedot verokortista) perusprosentti lisäprosentti	
	Rajatulo, johon saakka perusprosenttia sovelletaan (vuosimäärä)			
	Porrastettu pidätysprosentti (esim. koululaiset ja opiskelijat) % euroon, % euroon, josta palkkana jo maksettu euroa			
	Osakkuus yrityksessä <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä; vahingoittuneen yksin tai yhdessä perheenjäsenen kanssa omistama osuus %		Eläkö vahingoittunut vakinaisesti työnantajan taloudessa <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, mitä sukua työnantajalle tai hänen puolisolleen	
3. VAHINKOA KOSKEVAT TIEDOT	Tapaturman sattumispäivä/ammattitaudin ilmenemispäivä		Viikonpäivä	Kellonaika
	Tapaturman sattumispaikkakunta (kunta tai osoite)			
	Sattuiko tapaturma työpaikalla tai työpaikkaan kuuluvalla alueella <input type="checkbox"/> työssä <input type="checkbox"/> ei työtehtävissä; missä <input type="checkbox"/> kahvi- tai ruokatauolla			
	Sattuiko tapaturma työpaikan ulkopuolella <input type="checkbox"/> työtehtävissä <input type="checkbox"/> matkalla asunnosta työhön <input type="checkbox"/> muulla matkalla; millä <input type="checkbox"/> kahvi- tai ruokatauolla <input type="checkbox"/> matkalla työstä asunnolle <input type="checkbox"/> vapaa-aikana			
	Tapaturmapäivänä työn piti alkaa klo päättää klo		Lopettiiko vahingoittunut työnsä tapaturman satuttua myöhemmin <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> heti <input type="checkbox"/> pvm. ja kellonaika	
	Sairaanhoito alkoi Päivämäärä		Ilmoitettiin tapaturmasta työnantajalle <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä, ilmoituspvm.	
	Sairaalan, terveyskeskuksen tai muun hoitopaikan nimi ja osoite <input type="checkbox"/> heti <input type="checkbox"/> myöhemmin			
	Työkyvyttömyyden kesto (lomakkeen täyttäjän arvio) 1 <input type="checkbox"/> sattumispäivä 2 <input type="checkbox"/> 1-2 päivää 3 <input type="checkbox"/> 3 päivää-kuukausi 4 <input type="checkbox"/> yli kuukausi <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä			Onko palannut entiseen työhön Työhönpaluupäivä
Tapaturman sattumista koskevia lisätietoja antaa (esim. esimies, työnjohtaja; nimi osoite, puhelin ja sähköpostiosoite)				
4. VAMMAN LAATU	Vamman laatu (esim. luunmurtuma, ruhje- tai palovamma, venähdys, ihottuma; lomakkeen täyttäjän näkemys riittää)			
	Vahingoittunut ruumiinosa (esim. silmä, selkä, sormet, alaraajat) <input type="checkbox"/> oikea <input type="checkbox"/> vasen			
5. MITEN TAPATURMA SATTUI / AMMATTI- TAUTI AIHEUTUI	Selostus tapaturmasta ja sen syistä tai ammattitaudin aiheutumisesta sekä työympäristöstä. 1) TYÖPAIKKATAPATURMAN selostuksesta on ilmettävä seuraavat asiat: Mitä työtä (tuotanto-, kunnossapito-, merimiestyötä jne.) ja työsuoritusta (ajoi trukkia, nosti taakkaa jne.) henkilö teki, kun tapaturma sattui? Mitkä poikkeamat normaalitoiminnasta johtivat vahingoittumiseen (sähköhäiriö, käsihiomakoneen hallinnan menettäminen, liukastuminen jne.)? Miten vamma syntyi (työkalu viilsi, roska lensi silmään jne.)? Mikä aiheutti vamman (puristin, sorvi, tikkaat, telineet jne.)? 2) TYÖMATKATAPATURMAN selostuksesta on ilmettävä mikä aiheutti tapaturman, henkilön liikkumistapa sekä mahdollinen poikkeaminen säännöllisestä työmatkareitistä ja poikkeaman syy. 3) AMMATTITAUDIN selostuksesta on ilmettävä, mistä ammattitaudin arvellaan aiheutuneen (kemiallisen aineen nimi jne.).			

TYÖPAIKKATAPATURMAN luokittelukoodit voidaan merkitä alla oleviin ruutuihin (lisäohjeet erillisessä tilastoliitteessä).

Työtehtävä (A)	Työsuoritus (B)	Poikkeama (C)	Vahingoittumistapa (D)	Aiheuttaja (E)
----------------	-----------------	---------------	------------------------	----------------

6. VAHINKOA KOSKEVIA LISÄTIETOJA	Vahingoittuneen käyttämän moottoriajoneuvon rekisteri-numero tai muu tunnus	Liikennevakuutusyhtiö	Liikenteeseen osallistuminen <input type="checkbox"/> matkustajana <input type="checkbox"/> kuljettajana
	Toisen osapuolen ajoneuvon rekisteritunnus tai muu tunnus	Liikennevakuutusyhtiö	
	Aiheutuiko tapaturma vahingoittuneen päihtymyksestä, huolimattomuudesta tai työsuojelumääräysten vastaisesta teosta <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä; miten		
	Tapaturman aiheutti toinen henkilö	Aiheuttamistapa, aiheuttajan nimi ja osoite <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	
	Onko asiasta ilmoitettu poliisille <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä; poliisilaitoksen nimi		
	Tapaturman silminnäkijän nimi, osoite ja puhelin		
7. KUOLEMAN-TAPAUKSESSA ILMOITETTAVA	Vahingoittuneen kuolinpäivä	Omaiset (sukulaissuuhde ja nimi)	
	Kuolinpesän hoitajan nimi, osoite ja puhelin		
8. TYÖSUHDE-TIEDOT	Toistaiseksi jatkuva työsuhde <input type="checkbox"/> työsuhteen alkamispvm.		Määräaikainen työsuhde <input type="checkbox"/> mille ajalle työsopimus oli tehty
	Päätoimi	Sivutoimi	Opiskelija
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oppilaitos
	Viikottainen työaika	Jos työ on osa-aikaista, työpäivän kesto ja työpäivien lukumäärä/viikko ja syy osa-aikaisuuteen	
	Työsuhteesta ja palkasta antaa lisätietoja (esim. palkanlaskija; nimi, puhelin, sähköpostiosoite)		
TIEDOT PÄIVÄRAHAN MAKSAMISEKSI			
9. SAIRAUSSAJAN PALKKAN MÄÄRÄ - ilmoitetaan maksetun sairausajan palkan määrä neljän viikon ajalta tapaturmasta lukien (ei tapaturmapäivältä)	Maksettu sairausajan palkkaa ajalta		euroa
	Maksettu sairausajan palkka ajalta		euroa
	Sairausajan palkanmaksuvelvollisuuden päättymispäivä		Sairausajan palkan määräytymisperuste
	Onko sairausajan palkkaa maksettu koko työkyvyttömyysajalta vai vain osalta esim. lomautuksen tai osa-aikaeläkkeen vuoksi? <input type="checkbox"/> koko työkyvyttömyysajalta <input type="checkbox"/> vain osalta; täytettävä palkkatiedot kohta 10		
	Onko sairausajan palkkana maksettu vain osa palkasta (esim. 50 % työsuhteen kestänyt alle kuukauden)? <input type="checkbox"/> kyllä; täytettävä myös palkkatiedot kohta 10		
10. PALKKA-TIEDOT Täytetään, jos sairausajan palkkaa ei ole maksettu lainkaan, maksettu vain osa palkasta, tai maksettu vain osalta työkyvyttömyys-aikaa	Rahapalkka neljän viikon ajalta ennen tapaturmaa (esim. kaksi viimeistä kahden viikon palkkajaksoa) tai siltä lyhyemmältä ajalta, jonka työsuhde on kestänyt (tapaturmapäivältä ei ilmoiteta palkkatietoja). Tältä ajalta ilmoitetaan kertynyt rahapalkka, mutta ei luontoisetuja eikä lomarahaa.		
	Ajalta	euroa	
	Ajalta	euroa	
	Palkan määräytymisperuste euroa/tunti	Em. aikaan sisältyvien työpäivien tai työtuntien luku	
	Palkattomat poissaolot em. aikana, aika ja syy		
	Kuukausi-palkka	Palkka tapaturman sattuessa euroa/kk	Mahdolliset lisät, lisän laatu ja keskimäärin euroa/kk
11. MUUT TYÖSUHTEET JA YRITTÄJÄ-TOIMINTA	Onko samanaikaisesti muita työnantaja? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä		
	Muun työnantajan nimi ja osoite		
	Onko vahingoittunut toiminut samanaikaisesti yrittäjänä? <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä <input type="checkbox"/> maatalousyrittäjänä <input type="checkbox"/> muuna yrittäjänä <input type="checkbox"/> lisätietoja; yrittäjätoiminnan laatu		
12. TYÖNANTAJAN MUUT SUORITUKSET	Muut suoritukset kuin sairausajan palkka euroina, esim. sairaanhoitokulut (kuitit lähetettävä)		
13. VAHINGOITUNEEN SUORITUKSET	Sairaanhoitokulut euroina (kuitit lähetettävä)	Matkakustannukset euroina (kuitit lähetettävä)	Muut kulut euroina (kuitit lähetettävä)
14. SAIRAUSSAJAN VAKUUTUS	Onko tapaturman johdosta haettu sairausvakuutuksen päivärahaa <input type="checkbox"/> ei <input type="checkbox"/> kyllä	Kansaneläkelaitoksen toimiston nimi	
15. ALLEKIRJOITUS	Paikka ja päiväys	Työnantajan tai työnantajan edustajan allekirjoitus, puhelinnumero ja nimenselvennys	