

**RAPORT MEDICAL PRIVIND INCAPACITATEA DE MUNCĂ  
(Boală, maternitate, accident de muncă, boală profesională)**

Regulamentul (CEE) nr. 1408/71: articolul 19(1)(b); articolul 22(1)(a)(ii); (1)(b)(ii), (1)(c)(ii); articolul 25(1)(b); articolul 52(b); articolul 55(1)(a)(ii);  
(1)(b)(ii) și (1)(c)(ii)

Regulamentul (CEE) nr. 574/72: articolul 18(2) și (3); articolul 24; articolul 26(5) și (7); articolul 61(2) și (3); articolul 64; articolul 65(2) și (4)

Va fi completat de către doctorul instituției care întocmește formularul E 116 pentru a fi anexat acestuia și trimis în plic sigilat în caz de boală sau maternitate<sup>(2)</sup>.

**Vă rugăm să completați formularul cu litere de tipar, utilizând numai spațiile punctate. El se compune din 3 pagini.**

<b>1.</b>	Instituția competentă destinată
1.1	Denumire : .....
1.2	Număr de identificare a instituției : .....
1.3	Adresă : .....
1.4	Referință: formularul nostru E 116 din ..... (data)

**2.** Anexat unui formular E 115 din ..... (data)

<b>3.</b>	Persoana în cauză
3.1	Nume <sup>(3)</sup> : .....
3.2	Nume de naștere (dacă este diferit) : .....
3.3	Prenume: ..... Data nașterii: .....
3.4	Adresa din țara de reședință sau de ședere: .....
3.5	Număr de identificare personal : .....

**4.** Eu, subsemnatul, .....  
fiind examinat de către persoana menționată  
la data de .....

4.1 consider că este  
 caz de boală                       caz de maternitate (data estimată a nașterii : .....

4.2 probabil este  
 accident de muncă                       boală profesională                       accident

4.3  recidivă sau agravare

## A. Raport general

**5.** De completat în fiecare caz:

5.1 Istoric medical și simptome prezente: .....

5.2 Examinare clinică : .....

5.3 Alte observații: .....

5.4 Examinări speciale <sup>(4)</sup> .....

5.5 Diagnostic : .....

5.6 Concluzii : .....

5.7  Persoana în cauză a fost declarată ca fiind aptă de muncă

5.8  Persoana în cauză nu a fost declarată aptă de muncă  
de la data de ..... până la .....

5.9  Persoana în cauză a fost declarată parțial aptă de muncă, în proporție de  
(.....%) de la data de ..... până la data de ..... <sup>(5)</sup>

5.10  Persoanei în cauză i se va prescrie o examinare medicală suplimentară la .....

5.11  Persoana în cauză va fi aptă de muncă începând cu data de .....

## B. Raportări în caz de accident de muncă

**6.** Primul raport medical

6.1 Accidentul a rezultat în urma leziunilor <sup>(6)</sup> : .....

6.2 Aceste leziuni  au avut  vor avea următoarele efecte <sup>(7)</sup>

6.3 Incapacitatea de muncă a survenit la data de : .....

6.4 Persoana rănită este tratată  
 la domiciliu  la clinica medicului  
 în spital  alt loc  
Adresă <sup>(8)</sup> : .....

<b>7.</b>	Ultimul raport medical :
7.1	Tratamentul s-a încheiat la data de: .....
7.2	Starea medicală s-a stabilizat la data de: .....
7.3	<input type="checkbox"/> cu recuperare completă
7.4	<input type="checkbox"/> și probabil vor avea următoarele consecințe: ..... .....
7.5	Descriere detaliată despre starea victimei după recuperare sau la sfârșitul tratamentului medical : ..... ..... .....

<b>8.</b>	Instituția de la locul de reședință sau ședere:		
8.1	Denumire: .....		
8.2	Numărul instituției competente.....		
8.3	Adresă: .....		
8.4	Ștampilă	8.5	Data : .....
		8.6	Semnătura : .....

#### NOTE

- (1) Sigla țării căreia aparține instituția care completează formularul: BE = Belgia; CZ = Cehia ; DK = Danemarca ; DE = Germania ; EE = Estonia ; GR = Grecia ; ES = Spania ; FR = Franța ; IE = Irlanda ; IT = Italia ; CY = Cipru ; LV = Letonia; LT = Lituania ; LU = Luxemburg ; HU = Ungaria ; MT = Malta ; NL = Țările de Jos ; AT = Austria ; PL = Polonia ; PT = Portugalia ; SI = Slovenia ; SK = Slovacia ; FI = Finlanda ; SE = Suedia ; UK = Regatul Unit al Marii Britanii ; LI = Liechtenstein ; NO = Norvegia ; CH = Elveția. Indicați tipul examinării și data.
- (2) Formularul E116 nu este destinat solicitărilor pentru drepturi de maternitate achitate de Belgia. În cazul Belgiei acest formular trebuie întotdeauna trimis prima dată instituției competente belgiene de asigurări de boală. Pentru Republica Cehia, Liechtenstein, Finlanda, Norvegia și Suedia formularul este completat de către medicul pe care persoana interesată îl vizitează și verificat de către instituția de asigurare.
- (3) A se indica numele în ordinea statutului civil;
- (4) A se indica tipul și data examinării;
- (5) Pentru scopul instituțiilor norvegiene;
- (6) A se indica tipul și natura leziunilor și partea corpului lezată: fractură de braț, contuzii la cap, degete, leziuni interne, asfixiere etc.
- (7) A se indica consecințele certe sau probabile ale leziunilor verificate: moarte, incapacitate temporară sau permanentă, totală sau parțială în cazul incapacității temporare, să se indice perioada de timp probabilă;
- (8) Dacă persoana rănită primește tratament în spital, vă rugăm să specificați numele spitalului;