

Seadused

Ravijuhised

Seadus

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord

Liik, akti nr

määrus 56

Lisa

Pealkiri

Tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise tingimused ja kord

Tekst

1. peatükk

ÜLDSÄTTED

[\[RT I, 13.07.2018, 5 - jõust. 16.07.2018\]](#)

§ 1. Määruse reguleerimisala

(1) Määrusega kehtestatakse tervishoiuteenuse osutamist tõendavate andmete loetelu ning tervishoiuteenuse osutamise dokumenteerimise ja andmete säilitamise kord, tagades ühtsetest nõuetest lähtuvate andmete talletamise.

(2) Käesolev määrus ei ole kõikehõlmav ega piira tervishoiuteenuse osutajal täiendavate andmete töötlemist, kui see on vajalik tervishoiuteenuse osutamise kvaliteedi tagamiseks.

[\[RT I, 13.07.2018, 5 - jõust. 16.07.2018\]](#)

§ 1¹. Määruse kohaldamisala

Käesoleva määruse nõudeid ei kohaldata proviisori ja farmatseudi tegevuse dokumenteerimisel.

[\[RT I, 13.07.2018, 5 - jõust. 16.07.2018\]](#)

§ 2. Mõisted

(1) Protseduur on käesoleva määruse tähenduses ravivõte.

[\[RT I, 13.07.2018, 5 - jõust. 16.07.2018\]](#)

(2) Epikriis on sünnistusabi- või haigusjuhu kokkuvõte.

[\[RT I, 12.09.2019, 1 - jõust. 15.09.2019\]](#)

§ 3. Dokumenteerimine

_(1) Tervishoiuteenuse osutajal on kohustus dokumenteerida tervishoiuteenuse osutamine, sealhulgas teenuse osutamine sidevahendite teel, järgides käesolevas määruses sätestatud andmekoosseise. Andmed dokumenteeritakse tervishoiuteenuse osutamise päeval või sellele järgneva tööpäeva jooksul, kui käesolevas määruses ei sätestata teisiti.

_(2) Andmed dokumenteeritakse eesti keeles, vajaduse korral lisaks ladina keeles.

_(3) Andmed dokumenteeritakse loetavalt ja korrektselt. Dokumenteerida tuleb kõik asjaolud, mis omavad tervishoiuteenuse eesmärgist tulenevalt tähtsust.

_(4) Tervishoiuteenusest keeldumist tõendab patsiendi sellekohane allkiri. Allkirja andmisest keeldumise korral dokumenteeritakse keeldumine vähemalt kahe tervishoiutöötaja poolt, välja arvatud juhul kui teenuse olemusest tulenevalt osutatakse tervishoiuteenust üksi. Tervishoiuteenusest keeldumise andmeid säilitatakse tervishoiuteenuse osutamist tõendava dokumendi juures.

_(5) Tervishoiuteenuse osutamise käigus kogutud andmeid, sealhulgas eriliiki isikuandmeid, töödeldakse õigusaktides sätestatud korras, tagades andmete kaitstuse.

[[RT I, 13.07.2018, 5](#) - jõust. 16.07.2018]

§ 3¹. Logiandmed ja säilitamine

_(1) Tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemis logitakse andmete töötlemine järgmiselt:

- 1) andmetöötlemise sisu;
- 2) andmetöötleja andmed;
- 3) andmetöötlemise kuupäev ja kellaaeg.

_(2) Tervishoiuteenuse osutaja infosüsteemi logisid säilitatakse viis aastat.

[[RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

2. peatükk

DOKUMENTIDE LOETELU

§ 4. Dokumentide loetelu

_(1) Käesoleva määruse tähenduses on tervishoiuteenuse osutamist tõendavad dokumendid järgmised:

- 1) tervisekaart,
- 2) õpilase tervisekaart,
- 3) rasedakaart,
- 4) saatekiri,
- 4¹) saatekirja vastus,

[[RT I, 13.07.2018, 5](#) - jõust. 16.07.2018]

- 5) haiguslugu,
- 5¹) sünniepikriis,

[[RT I, 12.09.2019, 1](#) - jõust. 15.09.2019, rakendatakse hiljemalt 1. septembrist 2020. a.]

- 6) kiirabikaart,
- 7) kiirabi elustamiskaart,
- 8) hambaravikaart,

—

- 9) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu saatekiri,
_10) elupuhuse patomorfoloogilise uuringu vastus,
_11) patoanatomilise lahangu saatekiri,
_12) patoanatomilise lahangu protokoll,
_13) patoanatomilise lahangu protokollilise väljavõtte,
_14) [kehtetu – [RT I, 07.07.2011, 2](#) - jõust. 01.01.2012]
_15) Geriaatrilise seisundi hindamise kokkuvõtte,
_16) Ehhokardiograafilise uuringu protokoll,
_17) õenduslugu,
[\[RT I, 07.07.2011, 2](#) - jõust. 10.07.2011]
_18) tervisetõend,
[\[RT I, 07.11.2014, 3](#) - jõust. 10.11.2014]
_19) surmateatis,
[\[RT I, 13.07.2018, 5](#) - jõust. 16.07.2018]
_20) surma põhjuse teatis,
[\[RT I, 13.07.2018, 5](#) - jõust. 16.07.2018]
_21) perinataalsurma põhjuse teatis.
[\[RT I, 13.07.2018, 5](#) - jõust. 16.07.2018]

_(2) Dokumentidena käsitletakse ka muude seaduste alusel kehtestatud, tervishoiutöötaja vormistatud dokumente, mis sisaldavad delikaatseid isikuandmeid ning millele laienevad käesoleva määruse üldsätted.

3. peatükk

TERVISHOIUTEENUSTE DOKUMENTEERIMISE KORD JA DOKUMENTIDE VORMID

1. jagu Tervisekaart

§ 5. Tervisekaart

_(1) Tervisekaardi vormistab ambulatoorset tervishoiuteenust osutanud tervishoiutöötaja, kui käesolevas määruses ei ole sätestatud teisiti.

[\[RT I, 26.04.2016, 1](#) - jõust. 29.04.2016]

_(1¹) Päevaravi tervishoiuteenuse osutamisel dokumenteerib tervishoiutöötaja osutatud teenuse vastavalt käesoleva peatüki 5. jaos sätestatule, arvestades päevaravi tervishoiuteenuse eripära.

[\[RT I, 12.09.2019, 1](#) - jõust. 15.09.2019]

_(2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb tervisekaart neljast lehest. Lapse puhul vormistatakse eelnimetatud lehtedele täiendavalt ka vajalikud lisalehed.

§ 6. Tervisekaardi säilitamine

[Kehtetu - [RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

§ 7. Tervisekaardi esimene leht

Tervisekaardi esimene leht vormistatakse määruse lisas 1 toodud vormi kohaselt.

§ 8. Tervisekaardi esimese lehe kanded

(1) Tervisekaardi esimesele lehele kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

1) tervishoiuteenust osutava juriidilise isiku või füüsilisest isikust ettevõtja (edaspidi *tervishoiuasutus*) nimetus;

2) tervishoiuasutuse tegevusloa number;

3) tervishoiuasutuse aadress;

4) tervishoiuasutuse e-posti aadress;

5) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi;

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

6) tervishoiutöötaja eriala;

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

7) tervishoiutöötaja registreerimistõendi number;

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

8) tervishoiutöötaja telefoninumber ja e-posti aadress.

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

(2) Tervisekaardi esimesele lehele kantakse patsiendi järgmised andmed:

1) ees- ja perekonnanimi;

2) sünnipäev, -kuu ja -aasta;

3) isikukood;

4) alalise elukoha, vajadusel ka passijärgse elukoha aadress;

5) telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;

6) lähtuvalt patsiendi vanusest kantakse dokumenti lasteasutuse, kooli või töökoha nimetus;

7) töötava patsiendi puhul kantakse dokumenti töö- ja ametikoha nimetus;

8) kontaktisiku nimi, telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;

9) kontaktisiku elukoha aadress;

10) [kehtetu – [RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

11) [kehtetu – [RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

12) püsiva töövõimetuse korral märgitakse töövõime kaotuse protsent;

13) puude korral märgitakse puude raskusaste;

14) riikliku pensioni liik, pensionitunnistuse number ja selle väljastaja nimetus;

15) üldarstiabi osutav arst kannab dokumenti patsiendi nimistusse registreerimise kuupäeva;

16) eriarstiabi osutav tervishoiutöötaja kannab dokumenti patsiendi perearsti ees- ja perekonnanime ning telefoninumbri;

17) lisateave patsiendist, mille kandmist dokumenti tervishoiutöötaja peab oluliseks.

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

§ 9. Tervisekaardi teine leht

Tervisekaardi teine leht vormistatakse määruse lisas 2 toodud vormi kohaselt.

§ 10. Tervisekaardi teise lehe kanded

Tervisekaardi teisele lehele kantakse patsiendi terviseseisundi järgmised andmed:

1) allergilisi reaktsioone esilekutsuvad ravimid, toiduained;

2) veregrupp ja Rh-kuuluvus, millekohaste andmete dokumenti kandmise aluseks peab olema veregrupi ja Rh-

kuuluvuse määramist tõendav dokument;

_3) esmakordselt diagnoositud haigused registreerimise ajalises järjekorras, kus märgitakse haigestumise kuupäev, haiguse nimetus ja kood Rahvusvahelise haiguste ja terviseiga seotud probleemide statistilise klassifikatsiooni kümnenda väljaande (edaspidi *RHK-10*) järgi, haiguse diagnoosinud tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi ning eriala, tervishoiuasutuse nimetus;

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

_4) pidevalt kasutatava ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne annus, päevane annus;

_5) immuniseerimise kuupäev ja vaktsiini nimetus;

_6) puude või püsiva töövõimetuse korral märgitakse arstliku ekspertiisiotsuse kuupäev ja diagnoositud haiguse nimetus ning kood RHK-10 järgi;

_7) kui tervisekaardi esimese ja teise lehe vorme kasutatakse väljavõtte tegemiseks tervisekaardist, lisatakse selle väljastamise kuupäev, tervishoiutöötaja registreerimistõendi number ja allkiri.

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

§ 11. Tervisekaardi kolmas leht

(1) Tervisekaardi kolmas leht vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

(2) Tervisekaardi kolmas leht vormistatakse patsiendi kohta, kellel esinevad tervist kahjustavad riskitegurid ja kes töötab «Töötervishoiu ja tööohutuse seaduse» mõistes ohtlikus töökeskkonnas, kus esinevad füüsilised, keemilised, bioloogilised, füsioloogilised, psühholoogilised ja muud ohutegurid.

§ 12. Tervisekaardi kolmanda lehe kanded

Tervisekaardi kolmandale lehele kantakse järgmised andmed:

_1) tervist kahjustavad riskitegurid nagu suitsetamine, keha üle- või alakaal, alkoholi, uimastite tarvitamine ja muu;

_2) töö- ja ametikohal esinevad ohutegurid nagu müra, vibratsioon, kemikaalid, kiirgus, asbest, sundasend, raskuste tõstmine, füüsiline ja vaimne ülekoormus ning muud tervist kahjustada võivad tegurid;

_3) tehtud kirurgilised operatsioonid (edaspidi *operatsioon*);

_4) traumad;

_5) haigusi ennetava tervisekontrolliga seotud toimingud.

§ 13. Tervisekaardi neljas leht

(1) Tervisekaardi neljas leht on käesoleva määruse tähenduses päeviku osa (*decursus morbi*).

(2) Tervisekaardi neljas leht vormistatakse määruse lisas 3 toodud vormi kohaselt.

§ 14. Tervisekaardi neljanda lehe kanded

(1) Tervisekaardi neljandale lehele kantakse tervishoiutöötaja vastuvõtu iseloomust sõltuvalt järgmised tervishoiutöötaja vastuvõtu andmed:

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

_1) vastuvõtu kuupäev;

_2) vastuvõtule pöördumise põhjus;

_3) anamnees;

_4) objektiivne leid;

—

5) diagnoositud haiguse nimetus ja kood RHK-10 järgi;

6) tervishoiutöötaja korraldusel määratud uuringud, konsultatsioonid;

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

7) tehtud uuringute ja konsultatsioonide tulemused;

8) tervishoiutöötaja korraldused, soovitusel ja suunamised, määratud ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne annus, päevane annus;

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

9) andmed naise nõustamise kohta sünnitusjärgsel perioodil käesoleva määruse lisas 32 toodud nõustamisplaani alusel.

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

(2) Tervisekaardi neljandale lehele kantakse tervishoiutöötaja väljastatud dokumentide järgmised andmed:

[[RT I, 26.04.2016, 1](#) - jõust. 29.04.2016]

1) töövõimetuslehe väljakirjutamisel selle number, alustamise ja lõpetamise kuupäevad, dublikaadi väljastamine; arsti või ämmaemanda otsusel töötingimuste ajutise kergendamise vajaduse või teisele tööle (ametikohale) üleviimise kohta märkida põhjus, sisu, kestus (alguse ja lõpu kuupäevad);

[[RT I, 26.04.2016, 1](#) - jõust. 29.04.2016]

2) retsepti väljastamisel ravimpreparaadi nimetus, kogus; haigekassa poolt kompenseerimisele kuuluva ravimi retsepti puhul ka retsepti number ja soodustuse määr;

3) autojuhiloa, relvaloa või muu dokumendi taotlemiseks vajaliku arstliku tõendi väljastamisel märgitakse selle nimetus, number, sisu, kehtivus.

(3) Kanne koduvisiidi kohta tehakse dokumenti hiljemalt koduvisiidile järgneva tööpäeva jooksul.

§ 15. Tervisekaardi esimene lisaleht

Tervisekaardi esimese lisalehe vormistab tervishoiutöötaja lapse tervisekaardi juurde määruse lisas 4 toodud vormi kohaselt.

[[RT I, 26.04.2016, 1](#) - jõust. 29.04.2016]

§ 16. Tervisekaardi esimese lisalehe kanded

(1) Tervisekaardi esimesele lisalehele kantakse lapse immuniseerimise järgmised andmed:

1) plaanilise immuniseerimise ajakava, kus märgitakse lapse vanus, vaktsiini nimetus ja manustamise kordsus vastavalt sotsiaalministri kehtestatud korrale ning immuniseerimise kuupäev, manustatud vaktsiini annus, seeria ning immuniseerimist teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number;

2) plaanivälise immuniseerimise korral märgitakse immuniseerimise kuupäev, vaktsiini nimetus, annus ja seeria ning immuniseerimise teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number;

3) immuniseerimisel tekkinud kõrvaltoimed, immuniseerimise vastunäidustused;

4) *Mantoux'* reaktsiooni jälgimisel märgitakse selle tegemise kuupäev, seeria, tulemus;

5) lapse tervist puudutav lisateave, mille kandmist dokumenti peab tervishoiutöötaja oluliseks.

[[RT I, 26.04.2016, 1](#) - jõust. 29.04.2016]

(2) Käesoleva paragrahvi lõike 1 punktis 1 nimetatud vaktsiinide tähiste selgitused on järgmised:

1) BCG – tuberkuloosivaktsiin;

2) PDT – läkaköha-, difteeria- ja teetanusevaktsiin;

3) OPV – poliomüeliidi elusvaktsiin;

4) MMR – leetrite, mumpsu ja punetiste vaktsiin.

§ 17. Tervisekaardi teine lisaleht

Tervisekaardi teise lisalehe vormistab perearst lapse tervisekaardi juurde määruse lisas 5 toodud vormi kohaselt.

§ 18. Tervisekaardi teise lisalehe kanded

(1) Tervisekaardi teisele lisalehele kantakse lapse vanuse kohaselt tervisekontrolli järgmised andmed:

1) läbivaatuse kuupäev, vanus (kuudes), kehakaal (g), kehapikkus (cm), pea ümbermõõt (cm);

2) läbivaatuse kuupäev, vanus (aastates), kehamass (kg), kehapikkus (cm), parema ja vasaku silma nägemisteravus, parema ja vasaku kõrva kuulmisteravus;

3) rahhiidi ennetamine lapse 5. elupäevast, märkides kuupäeva, retsepti väljastamisel ravimpreparaadi nimetuse, toimeaine nimetuse, ravimi vormi, ühekordse annuse ja päevase annuse; kanded tehakse alates lapse kolmenädalaseks saamisest.

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

(2) Tervisekaardi teisele lisalehele kannab arst või ämmaemand vastsündinu jälgimise käigus andmed vastsündinu toitmise kohta (täielikul rinnapiimaga toitmisel; peamiselt rinnapiimaga toitmisel; segatoitmisel; kunstlikul toitmisel).

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

§ 19. Tervisekaardi kolmas lisaleht

Tervisekaardi kolmanda lisalehe vormistab perearst lapse tervisekaardi juurde määruse lisas 6 toodud vormi kohaselt.

§ 20. Tervisekaardi kolmanda lisalehe kanded

Tervisekaardi kolmandale lisalehele kantakse lapse tervisekontrolli järgmised andmed:

1) ortopeediline staatus – puusaliigese kontroll lapsele vanuses 6–8 nädalat, kus märgitakse läbivaatuse kuupäev, kirjeldus, soovitusel, eriarsti konsultatsioonile suunamine;

2) reiarteri pulss, märkides, kas pulss on palpeeritav või mitte;

3) testiste laskumine poeglastel, märgitakse, kas esimesel või teisel eluaastal on testised laskunud või ei ole laskunud;

4) fimoosi hinnangu kanne tehakse kolmandal eluaastal;

5) vererõhk (mmHg) – kanded tehakse alates kolmandast eluaastast;

6) hemoglobiini, põhivereanalüüsi tulemus – kanded mõõtmise tulemuste kohta tehakse vanuses 9–12 kuud;

7) psühhomotoorse arengu jälgimine.

§ 21. Tervisekaardi kaalu ja kasvu jälgimise lisaleht

__ Tervisekaardi kaalu ja kasvu jälgimise lisalehe vormistab üldarstiabi osutaja lapse tervisekaardi juurde järgnevalt:

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

- __ 1) tütarlapse puhul kuni kaheaastaseks saamiseni määruse lisas 7 toodud vormi kohaselt;
- __ 2) tütarlapse puhul alates kaheaastaseks saamisest määruse lisas 8 toodud vormi kohaselt;
- __ 3) poeglapse puhul kuni kaheaastaseks saamiseni määruse lisas 9 toodud vormi kohaselt;
- __ 4) poeglapse puhul alates kaheaastaseks saamisest määruse lisas 10 toodud vormi kohaselt.

2. jagu

ÕPILASE TERVISEKAART

§ 22. __ Õpilase tervisekaart

__ (1) Õpilase tervisekaardi vormistab põhi- ja keskharidust andvas õppeasutuses õppivale õpilasele tervishoiuteenust osutav tervishoiutöötaja.

__ (2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb õpilase tervisekaart kahest lehest ja lisalehest.

[[RT I 2010, 57, 386](#) - jõust. 01.09.2010]

__ (3) Pärast õpilase kooli lõpetamist või teise kooli õppima asumise tõttu või muul põhjusel koolist lahkumist edastatakse õpilase tervisekaardi väljavõtte §-s 25² nimetatud andmetega õpilasele või alaealise õpilase vanemale või seaduslikule esindajale ning nende nõusolekul ka õpilase perearstile.

[[RT I 2010, 57, 386](#) - jõust. 01.09.2010]

§ 23. __ Õpilase tervisekaardi säilitamine

[**Kehtetu - [RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019**]

§ 24. __ Õpilase tervisekaardi esimese lehe kanded

__ (1) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õppeasutuse ja tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- __ 1) õppeasutuse nimetus;
- __ 2) õppeasutuse aadress;
- __ 3) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi;
- __ 4) tervishoiutöötaja tegevusloa number ja e-posti aadress.

__ (2) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õpilase järgmised andmed:

- __ 1) ees- ja perekonnanimi;
- __ 2) vanus ja isikukood;
- __ 3) elukoha aadress;
- __ 4) õpilase perearsti ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja võimalusel e-posti aadress;
- __ 5) õpilase kontaktisiku ees- ja perekonnanimi, elukoha aadress ja telefoninumber.

(3) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õpilase tervise järgmised andmed:

- 1) kroonilised haigused;
- 2) pidevalt kasutatava ravimpreparaadi nimetus, toimeaine nimetus, ravimi vorm, ühekordne ning päevane annus;
- 3) allergiliste reaktsioonide esinemine ravimitele, toidule.

(4) Õpilase tervisekaardi esimesele lehele kantakse õpilase immuniseerimise järgmised andmed:

- 1) immuniseerimise kuupäev, vaktsiini nimetus, annus, seeria, kinnitus vastunäidustuste puudumise kohta ning immuniseerimist teinud tervishoiutöötaja allkiri ja registreerimistõendi number;
- 2) immuniseerimise vastunäidustuse olemasolul selle põhjus;
- 3) immuniseerimise kõrvalnähtude ilmnemisel nende kirjeldus ja ilmnemise kuupäev.

[[RT I 2010, 57, 386](#) - jõust. 01.09.2010]

(5) Tervishoiuteenuse osutaja kannab õpilase tervisekaardi esimesele lehele tema poolt oluliseks peetava lisateabe õpilase kohta.

§ 25. Õpilase tervisekaardi teise lehe kanded

Õpilase tervisekaardi teisele lehele kantakse õpilase tervisekontrolli järgmised andmed:

- 1) tervisekontrolli tegemise kuupv;
- 2) pikkus (cm) ja kehakaal (kg);
- 3) parema ja vasaku silma nägemisteravus;
- 4) parema ja vasaku kõrva kuulmisteravus;
- 5) hinnang luu-liigessüsteemile;
- 6) hinnang hambumusele;
- 7) puberteedi hinnang;
- 8) vererõhk (mmHg);
- 8¹) vaimse arengu hinnang;

[[RT I 2010, 57, 386](#) - jõust. 01.09.2010]

8²) hinnang nahale ja limaskestale;

[[RT I 2010, 57, 386](#) - jõust. 01.09.2010]

9) märkused ja soovitused, mille kandmist dokumenti tervishoiuteenuse osutaja peab oluliseks.

§ 25¹. Õpilase tervisekaardi lisalehe kanded

(1) Õpilase tervisekaardi lisalehele vormistatakse õendusplaan juhul, kui õpilasel tuvastatakse tervisealased kõrvalekalded.

(2) Õpilase tervisekaardi lisalehele kantakse õendusplaani järgmised andmed:

- 1) kande tegemise kuupäev;
- 2) õendusprobleem;
- 3) õendusabi eesmärk;
- 4) planeeritud õendustegevused;
- 5) teostatud õendustegevused;
- 6) hinnang;
- 7) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number ning allkiri.

[[RT I 2010, 57, 386](#) - jõust. 01.09.2010]

§ 25². Õpilase tervisekaardi väljavõtte kanded

Õpilase tervisekaardi väljavõttele kantakse järgmised andmed:

- 1) immuniseerimised;
- 2) allergilised reaktsioonid;
- 3) tervisekontrollide tulemused;
- 4) aktuaalsed terviseprobleemid;
- 5) lisateave ja soovitused edaspidiseks.

[RT I 2010, 57, 386 - jõust. 01.09.2010]

3. jagu

Rasedakaart

§ 26. Rasedakaart

Rasedakaart on tervishoiuteenuse osutamist tõendav dokument, mille vormistab naise raseduse kulgu jälgiv tervishoiutöötaja alates rasedusega arvelevõtmise päevast. Rasedakaart vormistatakse tervishoiuteenuse osutaja valitud vormi kohaselt.

§ 27. Rasedakaardi säilitamine

[Kehtetu - [RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

§ 28. [Kehtetu – [RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

§ 28¹. Rasedakaardi kanded

(1) Rasedakaarti kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

- 1) tervishoiuasutuse nimetus, aadress ja tegevusloa number;
- 2) tervishoiutöötaja ees- ja perekonnanimi, registreerimistõendi number; telefoninumber, e-posti aadress ning tervishoiutöötaja kutse ja eriala.

(2) Rasedakaarti kantakse patsiendi järgmised andmed:

- 1) ees- ja perekonnanimi;
- 2) isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- 3) elukoha aadress;
- 4) telefoninumber;
- 5) õppiva isiku puhul õppeasutuse nimetus;
- 6) töötava isiku puhul tööandja nimi ning ametikoha nimetus, andmed töötingimuste, ohutegurite kohta;
- 7) püsiva töövõimetus korral märgitakse töövõime kaotuse protsent;
- 8) puude korral märgitakse puude raskusaste;
- 9) riikliku pensioni liik, pensionitunnistuse number;
- 10) kontaktisiku ees- ja perekonnanimi, telefoninumber ja elukoha aadress;
- 11) kui raseduse kulgu ei jälgi raseda perearst, märgitakse dokumenti patsiendi perearsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;
- 12) ABO-veregrupp, Rh(D) kuuluvusaja erütrotsütaarsete antikehade sõeltesti tulemus, selle kande aluseks on verekaart.

_(3) Rasedakaarti kantakse lapse isa järgmised andmed:

- _1) ees- ja perekonnanimi;
- _2) isikukood, selle puudumisel sünnipäev, -kuu ja -aasta;
- _3) õppiva isiku puhul õppeasutuse nimetus;
- _4) töötava isiku puhul tööandja nimi ametikoha nimetus ning andmed ohutegurite kohta;
- _5) ABO-veregrupp ja Rh(D) kuuluvus, selle kande aluseks on nende määramist tõendav dokument;
- _6) eelnevalt diagnoositud kroonilised haigused;
- _7) lisateave tervise ohutegurite kohta: suitsetamine (passiivne/aktiivne), alkoholi, uimastite tarvitamine.

_(4) Rasedakaarti kantakse raseda tervise seisundi järgmised andmed:

- _1) allergilisi reaktsioone esilekutsuvad ravimid, toiduained, olmetegurid;
- _2) eelnevalt diagnoositud haigused: endokrinoloogilised, südame- ja veresoonkonna, neeru- ja kuseteede, hingamisteede, seedeelundkonna, naiste-, nakkus-, pärilikud haigused;
- _3) eelnevalt tehtud operatsioonid;
- _4) eelnevalt tehtud vereülekanded;
- _5) lisateave tervise ohutegurite kohta: suitsetamine (aktiivne/passiivne), alkoholi, uimastite tarvitamine; peresisene väärkohtlemine.

_(5) Rasedakaarti kantakse eelnenud raseduse ja sünnituse järgmised andmed:

- _1) aasta;
- _2) raseduse kulg;
- _3) sünnitusjärgse perioodi kulg;
- _4) sünnitus: ajaline, enneaegne (nädal), ülekantud (nädal);
- _5) sünnituse kulg ja tüsistused;
- _6) sündinud lapse sugu ja kaal;
- _7) laps elab: jah, ei;
- _8) imetamise kestus;
- _9) abort (nädal, raseduse kestus): heidend, artifitsiaalne;
- _10) emakaväline rasedus;
- _11) imetamise alustamise kohta: täielikult rinnapiimaga toitmisel, segatoitmisel, kunstlikul toitmisel;
- _12) ema/isa ja lapse varase kontakti kohta (varane nahk-naha kontakt esimese kahe elutunni jooksul vähemalt 1 tund; eraldatud emapoolsetel näidustustel, eraldatud lapsepoolsetel näidustustel, muu).

_(6) Rasedakaarti kantakse rasedusega arvelevõtmise järgmised andmed:

- _1) menstruatsioonitsükli anamnees;
- _2) viimase menstruatsiooni alguse kuupäev;
- _3) raseduse suurus nädalates;
- _4) loote esimeste liigutuste kuupäev ja rasedusnädal;
- _5) oletatav sünnitamise kuupäev;
- _6) naise kehakaal (kg) enne rasestumist ja pikkus (cm);
- _7) naise raseduseelne kehamassiindeks (BMI).

_(7) Rasedakaarti kantakse igal vastuvõtul järgmised andmed:

- _1) vastuvõtu kuupäev;
 - _2) rasedusnädal;
 - _3) kehakaal (kg) ja kaaluiive (kg);
 - _4) tursete ja varikooside esinemine;
 - _5) vererõhk mõõdetuna paremal ja vasakul käel (mmHg);
-

- 6) emakapõhja kõrgus;
_7) kõhu ümbermõõt (soovi korral);
_8) loote seis;
_9) loote südamelöögid;
_10) loote liigutused.

_(8) Käesoleva paragrahvi lõike 7 punktides 8–10 nimetatud andmed kantakse rasedakaarti alates raseduse II trimestrist.

_(9) Rasedakaarti kantakse analüüside ja uuringute kohta järgmised andmed:

_1) uuringud ja analüüsid: hemoglobiin veres (Hb); valk, glükoos ja sade uriinis; erütrotsütaarsed antikehad (vajadusel antikehade tiiter); süüfilise RPR; immuunpuudulikkuse viiruse (HIV), *Neisseriae gonorrhoeae* ja *Chlamydia Trachomatis* uuringud; alfa-fetoproteiin (? FP); PAP; HbsAg;

_2) ultrahelileiu kirjeldus.

_(10) Rasedakaarti kantakse teiste arstide ja spetsialistide konsultatsioonid: perearst, sisearst, silmaarst, hambaarst, psühholoog jt.

_(11) Rasedakaarti kantakse gravidogrammi andmed: biparietaalmõõt (mm), emakapõhja kõrgus (cm).

_(12) Rasedakaarti kantakse vaginaalse staatuse jälgimise järgmised andmed:

- _1) kuupäev;
_2) rasedusnädal;
_3) leiu kirjeldus.

_(13) Rasedakaarti kantakse ravi, korraldused, soovitusel rasedale.

_(14) Rasedakaarti kantakse sünnituslehe järgmised andmed: alustamise ja lõpetamise kuupäevad, seeria tähis ning number.

_(15) Rasedakaarti kantakse sünnituse kuupäev, lapse sugu, kehakaal (g), pikkus (cm), Apgari hinne.

_(16) Rasedakaarti kannab ämmaemand andmed nõustamise kohta raseda arvele võtmisel, raseduse esimesel, teisel ja kolmandal trimestril käesoleva määruse lisas 32 toodud nõustamisplani järgi.

[[RTL 2010, 14, 272](#) - jõust. 01.04.2010]

4. jagu

Saatekiri ja saatekirja vastus

[[RT I, 13.07.2018, 5](#) - jõust. 16.07.2018]

§ 29. Saatekiri, selle koostamine ja edastamine

_(1) Saatekiri on tervishoiuteenuse osutamise käigus tervishoiutöötaja otsuse alusel vormistatav dokument või andmete kogum, mis on aluseks patsiendi saatmisel uuringule, protseduurile, lahangule või ambulatoorsele või statsionaarsele tervishoiuteenust saama ning patsiendilt võetud proovimaterjali edastamisel uuringuks või analüüsiks ja patsiendi terviseandmete edastamisel e-konsultatsiooniks, arvestades käesolevas paragrahvis nimetatud piirangutega.

_(2) Õde koostab saatekirja üksnes järgmistel juhtudel:

_1) iseseisvas õendusabis võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja arsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse;

_2) ambulatoorses eriarstiabis võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja patsiendi tagasisuunamiseks raviarsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse;

_3) üldarstiabis võib õde lähtuvalt teenuse sisust vormistada saatekirja laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse.

_(3) Iseseisvas ämmaemandusabis vormistab ämmaemand saatekirja lähtuvalt teenuse sisust üksnes juhul, kui patsient suunatakse arsti vastuvõtule patsiendi seisundi hindamiseks varem määratud ravi- ja/või uuringuplaani ümberhindamiseks, laboriuuringute tegemiseks või proovimaterjali saatmiseks laborisse ning uuringutele saatmiseks vastavalt tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 26² lõike 3 alusel sätestatud teenuse osutamise tingimustel ja korras.

_(4) Vajaduse korral võib saatekirja kasutada informatsiooni edastamiseks ka juhul, kui patsiendile on antud suunis pöörduda erakorralise meditsiini osakonda.

_(5) Saatekiri koostatakse elektrooniliselt, välja arvatud saatekiri patoanatomilisele lahangule. Kui isikul puudub kehtiv identifitseeriv tunnus, väljastatakse patsiendile elektrooniliselt koostatud saatekirja väljatrükk. Kui saatekirja ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel elektrooniliselt koostada, koostatakse saatekiri paberil ja tehakse vastav märge selle väljastamise kohta.

_(6) Saatekiri kinnitatakse saatekirja koostaja allkirjaga. Elektroonilise dokumendi puhul võib digitaalse allkirjastamise asendada asutuse digitaalse templiga, kui on eristatav selle koostanud isik.

_(7) Saatekiri, välja arvatud saatekiri patoanatomilisele lahangule, edastatakse tervise infosüsteemi. Kui saatekirja ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel tervise infosüsteemi edastada, tehakse seda esimesel võimalusel alates põhjuse äralangemisest.

_(8) Paberil väljastatud saatekiri peab sõltuvalt teenuse eripärast kajastama vähemalt käesoleva määruse § 30 lõigetes 1, 3 ja 4 sätestatud andmeid ja teisi teenusega seotud olulisi andmeid.

_(9) Saatekiri ei ole nõutav, kui statsionaarsele tervishoiuteenusele suunamine toimub vältimatu abi korras sama raviasutuse sees.

_(10) Patoanatomilisele lahangule saatmisel kohaldatakse käesoleva määruse 10. jao sätteid.

[RT I, 13.07.2018, 5 - jõust. 16.07.2018]

§ 30. Saatekirja andmekoosseis ja nõuetekohane täitmine

_(1) Saatekirjaga ambulatoorsele vastuvõtule, haiglaravile, õendusabi saama või e-konsultatsioonile (edaspidi *teenus*) saatmisel on kohustuslik saatekirjale märkida:

_1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);

_2) saatekirja koostaja andmed (asutuse ja tervishoiutöötaja andmed);

_3) saatekirja üldandmed, sealhulgas saatekirja unikaalne kood, saatekirja kinnitamise aeg, saatekirja kehtivuse algus- ja lõppkuupäev, arvestades patsiendi terviseseisundit ja teenuse olemust;

_4) anamneesi andmed;

—

5) diagnoosi andmed;

_6) teenuse nimetus, kuhu isik saadetakse, sealhulgas saatmise eesmärk ja aegkriitilisus;

_7) e-konsultatsiooni osutava tervishoiuteenuse osutaja andmed (asutuse andmed).

_ (2) Saatekirjale märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud andmetele teenuse eripärast tulenevad andmed:

_1) selle tervishoiuteenuse osutaja andmed, kelle juurde patsient suunatakse;

_2) objektiivne leid;

_3) varasemad uuringud, sealhulgas varasemad operatsioonid;

_4) allergiad ja ravimiskeem;

_5) patsiendi kontaktisiku ja/või esindaja andmed (seos patsiendiga, ees- ja perekonnanimi, kontaktandmed);

_6) muud teenuse osutamiseks vajalikud andmed;

_7) teadaolevad nakkushaiguste esinemise ja haigustega seotud ohutegurid.

[[RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

_ (3) Iseseisvale statsionaarsele õendusabiteenusele ja koduõendusteenusele saatmisel on lisaks käesoleva paragrahvi lõigetes 1 ja 2 nimetatud andmetele kohustuslik märkida järgmised andmed:

[[RT I, 03.05.2019, 1](#) - jõust. 06.05.2019]

_1) raviprotseduuride teostamise vajadus ja sagedus;

_2) patsiendi nõustamise vajadus;

_3) terviseseisundi dünaamikas jälgimise vajadus ja sagedus;

_4) haiguspuhuste õendustoimingute vajadus ja sagedus;

_5) patsiendi terviseseisundi ülevaade.

[[RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

_ (4) Uuringule saatmisel on kohustuslik saatekirjale märkida:

_1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);

_2) saatekirja koostaja ja/või uuringu tellija andmed;

_3) saatekirja üldandmed (dokumendi unikaalne kood, saatekirja kinnitamise aeg);

_4) anamnees ja terviseseisundi andmed;

_5) uuringule suunamise andmed (uuringu nimetus, selle tervishoiuteenuse osutaja andmed, kelle juurde patsient või proovimaterjal suunatakse, saatmise eesmärk).

_ (5) Saatekirjale märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 4 nimetatud andmetele uuringu eripärast tulenevad andmed:

_1) diagnoosi andmed;

_2) varem tehtud uuringud;

_3) proovinõu, proovimaterjali ja proovi võtmise andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise aeg, proovinõu või uuringu identifikaator, proovimaterjali tüüp, proovinõu tüüp, uuringu paige, uuringumaterjali fikseerimise viis (10%-line formaliin, erifiksaator, fikseerimata);

_4) patomorfoloogilise kiiruuringu andmed, vajaduse korral ka opereeriva arsti ees- ja perekonnanimi ning telefoninumber;

_5) muud uuringu tegemiseks vajalikud andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise meetod ja operatsiooni nimetus.

_ (6) Saatekirja juurde kuuluv proovimaterjal märgistatakse proovinõu või uuringu identifikaatoriga.

_(7) Saatekirja täpsem andmekoosseis lähtuvalt teenuse eripärast on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 alusel kehtestatud määruses.

_(8) Tervishoiuteenuse osutajal on õigus nõuda mittenõuetekohase saatekirja koostajalt selle täiendamist. Saatekirja koostajal on kohustus saatekirja vastavalt täiendada. Saatekirja täiendamise nõue ei või takistada patsiendile tervishoiuteenuse osutamist.

[RT I, 13.07.2018, 5 - jõust. 16.07.2018]

§ 31. Saatekirja vastuseks antav dokument, selle koostamine ja edastamine

_(1) Saatekirja vastus on tervishoiuteenuse osutamise käigus vormistatav dokument või andmete kogum, mis on vastuseks käesoleva määruse §-s 29 nimetatud toimingutele või patoanatomilisele lahangule.

_(2) Ambulatoorse või statsionaarse tervishoiuteenuse korral on saatekirja vastuseks antav dokument epikriis, mis on koostatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 kohaselt, välja arvatud käesoleva määruse §-s 97 nimetatud lahangu protokollil väljavõtte kanded.

_(3) E-konsultatsioonile, uuringule ja protseduurile suunamise korral on saatekirja vastuseks käesoleva määruse §-s 32 nimetatud andmekoosseisuga dokument. Patoanatomilise lahangu saatekirja vastus koostatakse käesoleva määruse §-s 95 sätestatud korras.

_(4) Saatekirja vastus koostatakse elektrooniliselt. Kui isikul puudub kehtiv identifitseeriv tunnus, väljastatakse patsiendile koostatud saatekirja vastuse väljatrukk. Kui saatekirja vastust ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel elektrooniliselt koostada, koostatakse saatekirja vastus paberil ja tehakse vastav märge selle väljastamise kohta.

_(5) Saatekirja vastus kinnitatakse koostaja allkirjaga. Elektroonilise dokumendi puhul võib digitaalse allkirjastamise asendada asutuse digitaalse templaiga, kui on eristatav selle koostanud isik.

_(6) Saatekirja vastus, välja arvatud patoanatomilise lahangu protokollil väljavõte, edastatakse tervise infosüsteemi. Kui saatekirja vastust ei ole ajutiselt võimalik objektiivsel põhjusel tervise infosüsteemi edastada, tehakse seda esimesel võimalusel alates põhjuse äralangemisest.

_(7) Paberil väljastatud saatekirja vastus peab kajastama vähemalt käesoleva määruse § 32 lõikes 1 sätestatud andmeid ja teisi olulisi andmeid, arvestades osutatud teenuse eripära ja olemust. Patoanatomilise lahangu protokollil väljavõte peab kajastama käesoleva määruse §-s 97 sätestatud.

[RT I, 13.07.2018, 5 - jõust. 16.07.2018]

§ 32. Saatekirja vastuse andmekoosseis

_(1) Saatekirja vastus vormistatakse järgmises andmekoosseisus, arvestades osutatud teenuse eripära ja olemust:

- _1) patsiendi üldandmed (ees- ja perekonnanimi, isikukood, sünniaeg, sugu ja kontaktandmed);
- _2) saatekirja koostaja andmed (tervishoiuasutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- _3) saatekirja unikaalne kood;
- _4) saatekirja vastuse koostaja andmed (tervishoiuasutuse ja tervishoiutöötaja andmed);
- _5) saatekirja vastuse üldandmed (unikaalne kood, kinnitamise aeg);
- _6) teenuse osutamise kuupäev;
- _7) tehtud uuringu tulemuse ja/või teenuseosutaja otsuse andmed;
- _8) uuringu tegija ja/või hindaja andmed (asutuse ja tervishoiutöötaja andmed).

_(2) Saatekirja vastusele märgitakse lisaks käesoleva paragrahvi lõikes 1 nimetatud andmetele teenuse eripärast tulenevad andmed:

- _1) laboriuuringu puhul referentsväärtus või otsustuspiir ja võimaluse korral tulemuse tõlgendus;
- _2) labori- ja patomorfoloogilise uuringu proovimaterjali andmed, sealhulgas proovimaterjali võtmise aeg, proovimaterjali tüüp, proovinõu või uuringu identifikaator, proovimaterjali adekvaatsuse hinnang ja proovimaterjali tagasilükkamise põhjus;

[[RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

- _3) patomorfoloogilise uuringu puhul vajaduse korral patoloogi soovitusel diagnoosi täpsustamiseks ja lisauuringuteks;

- _4) muud teenuse osutamiseks vajalikud andmed;

- _5) laboriuuringu puhul uuringu kinnitamise või tühistamise märke ja märke selgitused.

[[RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

_(3) E-konsultatsioonile, uuringule ja protseduurile suunamisel antava saatekirja vastuse täpsem andmekoosseis on sätestatud tervishoiuteenuste korraldamise seaduse § 59² lõike 2 alusel kehtestatud määruises.

[[RT I, 13.07.2018, 5](#) - jõust. 16.07.2018]

§ 32¹. Saatekirja ja saatekirja vastuse säilitamine

[Kehtetu - [RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019]

5. jagu

Haiguslugu

§ 33. Haiguslugu

Haiguslugu on statsionaarse tervishoiuteenuse osutamist tõendav dokument, mis koosneb järgnevatest osadest:

- _1) üldosa;
- _2) anamnees;
- _3) päevik;
- _4) epikriis;
- _5) konsultatsioonid;
- _6) anesteesia kaart;
- _7) intensiivravi jälgimisleht;
- _8) TISS-leht;
- _9) patsiendi verekaart;
- _10) verekomponendi tellimine ja transfusiooniprotokoll;

11) transfusioonijärgse reaktsiooni protokoll;

_12) operatsiooniprotokoll;

_13) erakorralise meditsiini osakonna patsiendikaart;

_17) statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi valdusest äravõetud keelatud ainete ja esemete leht;

[[RT I, 25.07.2012, 1](#) - jõust. 01.09.2012]

_18) statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes rakendatud ohjeldusmeetmete leht.

[[RT I, 25.07.2012, 1](#) - jõust. 01.09.2012]

§ 34. Haigusloo vormistamine

_ (1) Haiguslugu vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.

_ (1¹) Haigusloo vormistamine ei ole kohustuslik määruse § 106² lõike 1 punktis 2 nimetatud juhul, kui patsiendile vormistatakse õenduslugu.

[[RT I, 07.07.2011, 2](#) - jõust. 10.07.2011]

_ (2¹) Määruse paragrahvi 33 punktides 1–4 toodud haigusloo osad vormistatakse iga haigusloo puhul, punktides 5–13 toodud osad vormistatakse sellekohase tervishoiuteenuse osutamisel.

[[RT I, 07.07.2011, 2](#) - jõust. 01.01.2012]

_ (2²) Määruse § 33 punktides 17 ja 18 toodud haigusloo osad vormistatakse statsionaarsel psühhiaatrilisel ravil viibiva patsiendi suhtes sellekohaste meetmete rakendamisel.

[[RT I, 25.07.2012, 1](#) - jõust. 01.09.2012]

_ (3) Patsiendi haiglast väljakirjutamisel või teise haiglasse üleviimisel haiguslugu lõpetatakse.

§ 35. Haigusloo säilitamine

[**Kehtetu - [RT I, 12.03.2019, 41](#) - jõust. 15.03.2019**]

§ 36. Haigusloo üldosa

_ (1) Haigusloo üldosa (edaspidi *üldosa*) vormistatakse iga haiglaravil viibiva patsiendi kohta.

_ (2) Käesoleva määruse tähenduses koosneb üldosa kahest lehest. Esimene leht vormistatakse määruse lisas 15 ja teine leht määruse lisas 16 toodud vormi kohaselt.

§ 37. Üldosa esimese lehe kanded

_ (1) Üldosa esimesele lehele kantakse tervishoiuteenuse osutaja järgmised andmed:

_1) haigla nimetus;

_2) haigla tegevusloa number;

_3) haigla aadress;

PDF

[112092019005.pdf](#)

Hetkel kehtiv

[Link](#)

Koostaja

Sotsiaalminister

VV Kuupäev

18.09.2008
Jõustumine
16.07.2018