

AVALDUS Sakala Hambaravi patsiendi delikaatsete isikuandmete väljastamiseks

Patsiendi andmed

| | |
|-----------------------|--|
| Ees- ja perekonnanimi | |
| Isikukood | |
| Telefoninumber | |
| E-posti aadress | |

Andmete taotleja andmed *(täita juhul, kui avaldust ei esita patsient)*

| | |
|---------------------------|--|
| Ees- ja perekonnanimi | |
| Isikukood | |
| Telefoninumber | |
| E-posti aadress | |
| Patsiendi esindamise alus | |

Dokument, millest soovite koopiat või väljavõtet

(nt hambaravikaart, raviplaan, röntgenülesvõte, foto, raviarve vms)

| |
|--|
| |
|--|

Ravidokument palun väljastada:

| | |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | Patsiendile isiklikult |
| <input type="checkbox"/> | Krüpteeritult e-posti teel patsiendi ülalmärgitud e-posti aadressile |
| <input type="checkbox"/> | Patsiendi volitatud esindajale <i>(volikiri peab olema lisatud)</i> |
| <input type="checkbox"/> | Patsiendi seaduslikule esindajale <i>(nt eestkostja, lapsevanem vms)</i> |

avalduse esitaja allkiri

avalduse esitamise kuupäev