Regionaalhaigla

NÕUSOLEK TERVISEANDMETE VÕI DOKUMENTIDE VÄLJASTAMISEKS

Nõusoleku andja andmed:

patsiendi ees- ja perekonnanimi .....

isikukood (selle puudumisel sünniaeg) .....

telefon ..... e-posti aadress .....

Andmete või dokumentide saaja andmed (juriidilise isiku puhul märkida asutus, asutuse registrikood ja esindaja andmed):

nimi .....

isikukood/registrikood .....

dokumendi number/esindaja andmed .....

Annan nõusoleku oma järgmiste isikuandmete või ravidokumentide väljastamiseks:

☐ haiguslugu/ väljavõte .....
/täpsustage,milline haiguslugu/väljavõte või milline haigusloo osa/

☐ analüüside vastused .....
/täpsustage, milliste analüüside vastused/

☐ radioloogilise uuringu pildid digitaalsel andmekandjal .....
/täpsustage, milline uuring/

☐ radioloogilise uuringu kirjeldus.....
/täpsustage, milline uuring/

☐ muud andmed .....

Märkused .....

.....

Kinnitan, et olen nõusoleku andnud vabatahtlikult.
Olen teadlik, et võin kuni andmete või dokumentide väljastamiseni igal ajal oma nõusoleku tagasi võtta, saates teavituse e-posti teel aadressile info@regionaalhaigla.ee või helistades telefonil 617 1101.

Nõusoleku tagasivõtmist kinnitav allkirjastatud avaldus tuleb esitada **5 (viie) tööpäeva jooksul** pärast nõusoleku tagasivõtmisest teavitamist. Avalduse võib saata kas digitaalselt allkirjastatuna e-posti aadressile info@regionaalhaigla.ee või postiga aadressile J. Sütiste tee 19, 13419 TALLINN või esitada kohapeal Regionaalhaigla infolauas aadressil J. Sütiste tee 19, Tallinn.

Lisan nõusolekule oma isikut tõendava dokumendi koopia.

Nõusoleku andja .....
/ees- ja perekonnanimi/ /allkiri/ /kuupäev/