

СОГЛАСИЕ НА ВЫДАЧУ ДАННЫХ ИЛИ ДОКУМЕНТОВ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ

Данные лица, дающего согласие (пациент или его законный представитель):

имя и фамилия
личный код (при его отсутствии — дата рождения)
телефон адрес э-почты.....

Сведения о получателе данных или документов (в случае юридического лица — указать название учреждения, рег. нр. и данные представителя):

имя и фамилия
личный код/ рег. нр.
нр. документа/данные представителя

Даю согласие на выдачу следующих моих личных данных или документов о состоянии здоровья:

- история болезни/ выписка
/какая история болезни/выписка или какая часть истории болезни/
- результаты анализов
/результаты каких анализов/
- снимки радиологических исследований на дигитальном носителе.....
/какие исследования/
- описание радиологических исследований.....
/ какие исследования /
- другой документ.....
/какой документ/

Примечания

Подтверждаю, что я добровольно предоставил(а) свое согласие.

Мне известно, что до выдачи данных или документов я могу в любое время отозвать свое согласие, отправив сообщение по адресу электронной почты info@regionaalhaigla.ee или позвонив по телефону 617 1101.

Подписанное заявление, подтверждающее отзыв согласия, следует предоставить **в течение 5 (пяти) рабочих дней** со дня уведомления об отзыве согласия. Заявление можно отправить в подписанном электронно-цифровой подписью виде по адресу э-почты info@regionaalhaigla.ee или по почтовому адресу J. Sütiste tee 19, 13419 TALLINN, либо предоставить заявление на месте в информационную стойку Региональной больницы по адресу Ю. Сютисте теэ 19, Таллинн.

К согласию прилагаю копию своего удостоверяющего личность документа.

Согласие предоставил(а)
/ имя и фамилия / /подпись/ /дата/