

## AVALDUS Baltic Medical Partners OÜ 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

- Patsiendile isiklikult
- Krüpteeritult e-posti teel patsiendi ülalmärgitud e-posti aadressile
- Patsiendi volitatud esindajale (volikiri peab olema lisatud)
- Patsiendi seaduslikule esindajale (nt eestkostja, lapsevanem vms)

avalduse esitaja allkiri

avalduse esitamise kuupäe