**Taotlus SA-le Tallinna Hambakliinik**

**terviseandmetega dokumendi saamiseks**

 **Patsiendi andmed**

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

 **Dokument, mille koopiat või väljavõtet soovitakse**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | hambaravikaart |  |
|  |  | *vajadusel palun täpsustage kuupäev/kuupäevad* |
|  | röntgeniülesvõte |  |
|  |  | *panoraamröntgen / 1-2 hamba röntgenipilt / kolju külgülesvõte* |
|  | raviarve |  |
|  |  | *palun täpsustage visiidi kuupäev / visiitide kuupäevad* |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Dokumendi väljastamine**

Palun väljastada minu terviseandmetega dokumendist koopia/väljavõte:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **minule** |  |  |
|  |  |  |
|  | **minu esindajale:** |  |
|  |  |  |
| Ees- ja perekonnanimi |  |
| Isikukood |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| E-posti aadress  |  |
| Esindusõigus\* |  |
|  |  | seaduslik esindaja (sünnitunnistus) |
|  |
|  |  | kohtulahend (otsus, määrus vms) |
|  |
|  |  | volikiri |
|  |
| *\*Esindusõiguse tõendamiseks palume esitada esindusõigust tõendav dokument* |
|  | üleandmisega kliinikus  |
|  |  |
|  | saatmisega krüpteeritult e-postiaadressile |

Kuupäev \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Allkiri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Isikuandmete töötlemine toimub kliinikus kehtivate isikuandmete töötlemise nõuete alusel, mis on kättesaadav https://hambapol.ee/et/privaatsuspoliitika/***