

## NÕUSOLEK ERILIIKI ISIKUANDMETE VÕI DOKUMENTIDE VÄLJASTAMISEKS

Nõusoleku andja andmed (patsient või tema seaduslik esindaja)

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 eriliiki isikuandmete või dokumentide väljastamiseks:

- tervisekaart .....  
/milline osa tervisekaardist/
- haiguslugu/ väljavõte .....  
/milline haiguslugu/väljavõte või milline haigusloo osa/
- radioloogilised uuringud (CD/DVD) .....  
/millised uuringud/
- analüüside vastused .....  
/milliste analüüside vastused/
- radioloogiliste uuringute kirjeldus.....  
/millised uuringud/
- muu dokument .....  
/milline dokument/
- eriliiki isikuandmed.....  
/millised isikuandmed/

**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](mailto: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](mailto:info@regionaalhaigla.ee) või postiga aadressile J. Sütiste tee 19, 13419 TALLINN või esitada kohapeal Regionaalhaigla kantseleis aadressil J. Sütiste tee 19, Tallinn.

**Lisan nõusolekule oma isikut tõendava dokumendi koopia.**

Nõusoleku andja .....  
/nimi/ /allkiri/ /kuupäev/