

## СОГЛАСИЕ НА ВЫДАЧУ ЛИЧНЫХ ДАННЫХ ИЛИ ДОКУМЕНТОВ ДЕЛИКАТНОГО ХАРАКТЕРА

### 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 деликатного характера:

- медицинская карта.....  
/какая часть медицинской карты/
- история болезни/ выписка .....  
/какая история болезни/выписка или какая часть истории болезни/
- радиологические исследования (CD/DVD) .....  
/какие исследования/
- результаты анализов .....  
/результаты каких анализов/
- описание радиологических исследований.....  
/ какие исследования /
- другой документ.....  
/какой документ/
- личные данные деликатного характера.....  
/какие личные данные/

### 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](mailto: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](mailto:info@regionaalhaigla.ee) или по почтовому адресу J. Sütiste tee 19, 13419 TALLINN, либо предоставить заявление на месте в канцелярии 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/