

**Avaldus Kuressaare Hambapolikliinik SA-le
terviseandmetega dokumendi saamiseks**

Patsiendi isikuandmed

Ees- ja perekonnanimi	
Isikukood	
Telefoninumber	
E-posti aadress	

Andmete taotleja andmed *(kui avalduse esitab muu isik)*

Ees- ja perekonnanimi	
Isikukood	
Isiku seotus patsiendiga	
Telefoninumber	
E-posti aadress	

Dokumendiliik, mille koopiat või väljavõtet soovitakse

--

(hambaravikaart, röntgenülesvõte, foto, raviarve vm. Vajadusel lisada kuupäev/aasta)

Ravidokument palun väljastada:

- Patsiendile endale
- Krüpteeritult meili teel patsiendi e-posti aadressile
- Patsiendi volitatud esindajale *(volikiri lisatud)*
- Patsiendi seaduslikule esindajale

/avalduse esitaja allkiri ja esitamise kuupäev/