**AVALDUS AS-le Maxilla 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 teelpatsiendi ülalmärgitud e-posti aadressile

Patsiendi volitatud esindajale  *(volikiri peab olema lisatud)*

Patsiendi seaduslikule esindajale *(nt eestkostja, lapsevanem vms)*

*avalduse esitaja allkiri avalduse esitamise kuupäev*