

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 | ☐ Patsiendi volitatud esindajale
(volikiri peab olema lisatud) |
| ☐ Krüpteeritult e-posti teel patsiendi
üldmääratud e-posti aadressile | ☐ Patsiendi seaduslikule esindajale
(nt eestkostja, lapsevanem vms) |

avalduse esitaja allkiri

avalduse esitamise kuupäev

Tallinn Mustamäe
Vesipäri 2, 10619
tel: 600 7272
mustamae@maxilla.ee

Tallinn Tähesaju
Tähesaju tee 11, 10117
tel: 600 4123
tahesaju@maxilla.ee

Tallinn Novira Plaza
Tartu mnt 25, 10117
tel: 660 1006
tallinn@maxilla.ee

Tallinn Rotermanni
Laeva 2, 10111
tel: 623 2302
rotermanni@maxilla.ee

Tartu
Soola 8, 51013
tel: 737 1100
tartu@maxilla.ee

Elva
Kesk 27/1, 61507
tel: 735 6777
elva@maxilla.ee