



VOLITUS TERVISEANDMETE VÄLJASTAMISEKS

Mina, alljärgnevalt nimetatud volitaja, volitan allpool nimetatud isikut minu terviseandmete kättesaamiseks AS Järvamaa Haiglast.

1. OSAPOOLED (VOLITAJA JA VOLITATUD ISIK)

VOLITAJA (andmesubjekt):	VOLITATUD ISIK:
Nimi: <input type="text"/>	Nimi: <input type="text"/>
Isikukood: <input type="text"/>	Isikukood: <input type="text"/>
Tel/e-post: <input type="text"/>	Tel/e-post: <input type="text"/>

2. VOLITUSE SISU

☐ minu terviseandmete väljastamine

☐ minu ambulatoorse ravi dokumentide väljastamine

☐ minu haiglaravi dokumentide väljastamine

☐ konkreetse dokumendi / andmekogumi väljastamine:

☐ muu:

3. VOLITUSE KEHTIVUS JA KINNITUS

Volitus kehtib: ☐ ühekordselt ☐ kuni kuupäevani: ☐ kuni volituse tagasivõtmiseni

Kinnitan, et olen teadlik, et terviseandmed on eriliigilised isikuandmed ning nende väljastamine toimub üksnes õigusliku aluse olemasolul ja vajalikus ulatuses.

4. ALLKIRJAD

1. Paberkandjal / Omakäeline allkiri

Volitaja allkiri: Kuupäev:

Volitatud isiku allkiri (vajaduse korral):

2. E-posti teel / Digitaalselt allkirjastatud: /digitaalselt allkirjastatud / krüpteeritud docx/bdoc/asice container/

HAIGLA KASUTAMISEKS (TÄIDAB HAIGLA TÖÖTAJA)

Volitaja isik tuvastatud: ☐ Jah ☐ Ei Volitatud isiku isik tuvastatud: ☐ Jah ☐ Ei

Volitus kehtiv ja piisava ulatusega: ☐ Jah ☐ Ei

Kontrollija: Kuupäev: