

Nõusoleku andmine

Olen teadlik arstliku ekspertiisi tegemise eesmärgist ja olen nõus minu/minu lapse/eestkostetava isikuandmete (sh delikaatsed isikuandmed ja **kõik tervise infosüsteemis sisalduvad andmed**) töötlemisega (sh edastamisega kolmandatele isikutele), kui see on vajalik minu/minu lapse/eestkostetava püsiva töövõimetuse tuvastamiseks ja töövõime kaotuse protsendi määramiseks, puude ja puudest tulenevate lisakulude tuvastamiseks, töövõimetuslehel ravi jätkamise otsustamiseks, tagasiulatuvalt lapsinvaliidsuse tuvastamiseks või rehabilitatsiooniteenusele (sh rehabilitatsiooniplaani koostamisele) suunamiseks.

Isik, kelle andmeid töödeldakse:

.....
(isiku nimi)

.....
(isikukood)

.....
(allkiri)

.....2012

Isiku seaduslik esindaja (olemasolu korral):

.....
(isiku nimi)

.....
(isikukood)

.....
(allkiri)

.....2012