



Tagasiside SA Tallinna Lastehaiglale

Tagasiside esitaja ees- ja perekonnanimi: _____

Tagasiside esitaja isikukood: _____

E-post: _____ Telefon: _____

Patsiendi ees- ja perekonnanimi: _____

Patsiendi isikukood: _____

Tagasiside esitaja seos patsiendiga: ☐ ema ☐ isa ☐ muu _____

Kinnitan, et olen patsiendi seaduslik esindaja ja annan vajaduse korral loa kontrollida¹ seost patsiendiga ning tutvuda patsiendi isikuandmetega:

☐ jah ☐ ei

Sündmuse toimumise aeg: _____

Sündmuse toimumise koht (nimetage võimaluse korral kliinik, osakond, kabinet vms):

Sündmuse kirjeldus (võimaluse korral lisage detailselt sündmusega seotud asjaolud, nimed, kellaajad jms):

Kas te soovite kirjalikku vastust?

☐ jah ☐ ei

Palun digiallkirjastage oma pöördumine ja edastage aadressil **info@lastehaigla.ee**

¹ Lastehaigla töötleb patsiendi isikuandmeid, sh terviseandmeid, ja annab tagasisidet üksnes patsiendi seaduslikule esindajale.