

_____	_____
(taotleja ees- ja perekonnanimi)	(tänav, maja, korter)
_____	_____
(isikukood)	(linn, indeks)

	(e-posti aadress)

	(telefon)

AVALDUS RADIOLOOGILISTE UURINGUTE VÄLJASTAMISEKS

Palun koopiat _____
(patsiendi ees- ja perekonnanimi, isikukood)

☐ Röntgen _____
(uuringu aeg ja piirkond)

☐ Kompuutertomograafia (KT) _____
(uuringu aeg ja piirkond)

☐ Magnetresonantstomograafia (MRT) _____
(uuringu aeg ja piirkond)

☐ Mammograafia _____
(uuringu aeg ja piirkond)

☐ Muu _____

KÄTTESAAMINE:

- ☐ Pärnu Haigla radioloogiaosakonna registratuurist.
- ☐ krüpteeritud e-posti teel.
- ☐ posti teel tähitult.

(kuupäev)

(taotleja allkiri)

ANDMETE VÄLJASTAMINE:

Täidab Pärnu Haigla töötaja:

(vastuvõtja dokumendi liik ja nr)

(muu dokument)

(kuupäev)

(allkiri)

Täidab vastuvõtja:

Kinnitan, et olen küsitud andmed kätte saanud.

(nimi)

(kuupäev)

(allkiri)