

## EKSPERTIISITAOTLUS

### 1. MINU KUI TAOTLEJA ANDMED:

Eesnimi	
Perekonnanimi	
Isikukood	
Taotluse esitamise aeg klienditeeninduses	
E-posti aadress	
Kontakttelefon	
Postiaadress	(tänav) (linn/asula) (maakond) (indeks)

### 2. ESINDAJA ANDMED :

Eesnimi	
Perekonnanimi	
Juriidilise isiku nimi	
Isikukood/registrikood	
Esindajaõiguse andmed	

### 3. EKSPERTIISI EESMÄRK

<input type="checkbox"/>	Teenistusülesannete täitmisel saadud tervisehäire ning osalise või puuduva töövõime vahelise seose tuvastamine
<input type="checkbox"/>	Lapsinvaliidi või alla 18-aastase lapseeest invaliidi invaliidsuse/ puude raskusastmele vastava seisundi tuvastamine tagasiulatuvalt ajavahemikus . . . . . a kuni . . . . .

### 4. MINU ARSTID:

<input type="checkbox"/>	<b>Perearst</b>
	Eesnimi
	Perekonnanimi
	Asutus
<input type="checkbox"/>	<b>Eriarst</b>
	Eesnimi
	Perekonnanimi
	Asutus
<input type="checkbox"/>	<b>Eriarst</b>
	Eesnimi
	Perekonnanimi
	Asutus

### 5. KINNITAN, et:

<input type="checkbox"/>	Olen teadlik ekspertiisi taotlemise eesmärgist, kinnitan esitatud andmete õigsust ning olen nõus minu isikuandmete ja delikaatsete isikuandmete (sh tervise infosüsteemis* sisalduvad andmed) töötlemisega (sh edastamine kolmandatele isikutele), kui see on vajalik minu teenistusülesannete täitmisel saadud tervisehäire ning osalise või puuduva töövõime vahelise seose tuvastamiseks või lapsinvaliidi või alla 18-aastase lapseeest invaliidi invaliidsuse/ puude raskusastmele vastava seisundi tuvastamiseks tagasiulatuvalt.
Enda kohta käivate terviseandmetega on võimalik tutvuda patsiendiportaalis internetiaadressil <a href="http://www.terviseportaal.ee">www.terviseportaal.ee</a> .	

### 6. TAOTLUSE ESITAMISE KUUPÄEV JA ALLKIRI:

. . . . . 20 . . . . . a	Minu, st taotleja allkiri:	
	Esindaja allkiri:	
<input type="checkbox"/>	Taotleja või taotleja esindaja on allkirjastanud avalduse digitaalselt	
<input type="checkbox"/>	Taotlusele on lisatud volikiri juhul, kui te ei ole seaduslik esindaja	