

Infopäring Euroopa Liidu tervishoiuteenuste kulu tagasimaksete kohta

PALUN TÄITA AVALDUS TRÜKITÄHTEDEGA.

Avaldusele palun lisada võimalikult palju lisainformatsiooni (tervise seisundi ja teenuse kirjeldus, teenuse hinna eelkalkulatsioon jne.)

Taotleja andmed

Ees- ja perekonnanimi

Isikukood

E-posti aadress

Kontakttelefonid

Postiaadress

/tänav/talu/

/maja/

/küla/alevik/

/korter/

/vald/linn/

/indeks/

/maakond/

/riik/

Mille kohta soovite infot saada? (valige üks või mitu)

- Kas tegemist on Eestis hüvitatavate teenustega
 - Milline on eeldatav hüvitise suurus
 - Kas on vajalik arsti saatekiri
 - Kas oleks vajalik taotleda haigekassalt eelluba ravima minekuks
 - Muu, täpsustan allpool:
-
-

Esitatud dokumentide arv lehel.

Palun märkige, kuidas soovite haigekassa otsust esitatud avaldusele:

- tähitud kirjaga
- e-posti teel krüpteeritult
- tulen ise haigekassa klienditeenindusse
 - Tallinn, Lastekodu 48
 - Pärnu, Rüütli 40a
 - Jõhvi, Nooruse 5
 - Tartu, Põllu 1a

Taotluse esitamise kuupäev: " " 20

Allkirjaga annan oma nõusoleku taotluses märgitud isiku/te delikaatsete ja muude isikuandmete töötlemiseks, s.h. delikaatsete isikuandmete edastamiseks kolmandatele isikutele kooskõlas isikuandmete kaitse seadusega. Andmete töötlemise eesmärk on haigekassa poolt taotluse menetlemine ja taotluse osas otsuse tegemine.

TAOTLUSE ESITAJA ALLKIRI