

Please fill out the questionnaire in case you need health service on the basis of the **European Health Insurance Card** while temporarily staying in Estonia (EU Regulation 883/2004).

Palun täitke juhul, kui te viibite ajutiselt Eestis ja soovite saada tervishoiuteenust **Euroopa ravikindlustuskaardi** alusel (EÜ Määrus 883/2004).

First name / Eesnimi:

Surname / Perekonnanimi:

Date of birth / Sünniaeg:

Address / Aadress:

Phone / Telefon:

E-mail / E-post:

A brief description about the health service needed / Tervisliku seisundi või vajamineva arstiabi lühikirjeldus:

Period of stay in Estonia (dd,mm,yyyy) / Eestis viibimise periood (päev, kuu, aasta):

until / kuni

Aim of stay in Estonia / Eestis viibimise eesmärk:

In which country did the necessity of the health service occur / Millises riigis tekkis vajadus arstiabi järgi:

Nephrologist's decision / Nefroloogi otsus:

To admit a patient for treatment to the
Võtta patsient ravile

clinic.
kliinikusse.

Date / Kuupäev:

Signature (patient) / Allkiri (patsient)

Signature (doctor) / Allkiri (arst)

Mandatory appendixes / Kohustuslikud lisadokumendid:

1. Treatment information / Raviinfo
2. Data protection consent / Andmekaitse nõusolek
3. Consent to dialysis treatment / Hemodialüüsiravi nõusoleku vorm
4. Copy of European Health Insurance Card / Koopia Euroopa ravikindlustuskaardist



Name / Nimi:	
Date of birth / Sünnikuupäev:	Treatment date(s) / Ravi kuupäev(ad):
Age / Vanus:	
Height / Pikkus:	Clinic / Kliinik:
Treatment type / Ravi tüüp: HDF HF HD	
Dialysis duration / Dialüüsi kestus: hours / tundi	Treatments per week / Ravikordade arv nädalas nädalas:
Access type / Vaskulaarse juurdepääsu tüüp: AVF AVG CVC Right / Parem Left / Vasak	
Type of Puncturing Instrument / Punkteerimisvahend:	Needle / Nõel Size / Suurus:
	Cannula / Kanüül Size / Suurus:
Dry weight / Kuivkaal:	Max UF ml/h:
Blood flow / Verevoolu kiirus: ml/min	
Pre blood pressure / Vererõhk enne:	Pre pulse / Pulss enne:
Post blood pressure / Vererõhk pärast:	Post pulse / Pulss pärast:
Dialyser / Dialüsaator:	Dialysate / Dialüsaat:
Low molecular weight heparin / Madala molekulmassiga hepariin:	Na mmol/L:
	K mmol/L:
Dialyaste flow / Dialüsaadi vool:	Ca mmol/L:
	Glucose g/L:
Kt/V:	vUrea:
Erythropoetin / Erütropoetiin:	Last administered / Viimati manustatud:
Iron / Raud:	Frequency per month / Sagedus kuus:
	Last administered / Viimati manustatud:
	Frequency per month / Sagedus kuus:
HBV test result/date* / B-hepatiidi testitulemus/kuupäev*:	
HCV test result/date* / C-hepatiidi testitulemus/kuupäev*:	
HIV test result/date* / HIV-testitulemus/kuupäev*:	
MRSA test result/date* / MRSA-testitulemus/kuupäev*:	
MDRsVi test result/date* / MDRsVi-testitulemus/kuupäev*:	
<i>*Test results not older than 30 days / Testi tulemused mitte vanemad kui 30 päeva.</i>	
The most recent complaints during dialysis / Dialüüsi ajal viimati esinenud kaebused:	Other comments / Muud kommentaarid:



Patient's name:

Date of birth:

The data controller for your health and medical parameters is:

Renalis OÜ, Veerenni 53a, Tallinn 10138, Estonia.

We process your personal data, including contact details, health insurance data and health data, for the purpose of provision of health services and properly documenting thereof. Your data may be processed to ensure the quality of treatment (including during clinical audits) and to verify compliance of the provision of health services and processing of personal data with the legislation. The deadlines for the storage of data certifying the provision of health services arise from the law. In the case of a document certifying the provision of out-patient health service, the deadline is 30 years from the confirmation of data.

You have the following rights in relation to the processing of personal data at the clinic:

1. Right of access to your personal data (for this, a respective request needs to be submitted);
2. Right to require the rectification or deletion of data, restriction of processing, data portability, also the right to submit objections;
3. Right to withdraw the consent at any time, whereas the withdrawal of the consent does not apply to processing that took place prior to the withdrawal;
4. Right to contact the data protection specialist of the data processor regarding any questions related to your personal data. Contact: Katrin Lepiksoo – tel. +372 5038385, katrin.lepiksoo@renalis.ee.

We transmit your data to the following recipients:

1. Health Insurance Fund;
2. National databases, e.g. the Health Information System, register of communicable diseases, etc.;
3. Local governments, e.g. in case you are in need of social services;
4. Other institutions that have the right to receive data arising from the legislation, e.g. other health care institutions;
5. Persons appointed by the patient, e.g. the patient's representative;
6. Cooperation partners of the clinic, e.g. laboratories. Cooperation partners are obligated to comply with all the data protection requirements.

I have read and familiarised myself with this data protection consent and confirm that I agree to data processing under the aforementioned terms and conditions.

Patient's signature

Date:

I give consent on behalf of a person who does not have full active legal capacity to give consent and confirm that I have the right to do so as a guardian.

Guardian's signature

Date:



Patsiendi nimi:

Sünniaeg:

Teie tervise ja meditsiiniliste parameetrite vastutav töötleja on:
Renalis OÜ, Veerenni 53a, Tallinn 10138.

Töötleme Teie isikuandmeid, sh kontaktandmeid, tervisekindlustuse andmeid ja terviseandmeid tervishoiuteenuse osutamise ja selle nõuetekohase dokumenteerimise eesmärgil. Teie andmeid võidakse töödelda ravikvaliteedi tagamiseks (sh. kliiniliste auditite käigus) ning tervishoiuteenuse osutamise ja isikuandmete töötlemise õigusaktidele vastavuse kontrollimiseks. Tervishoiuteenuse osutamist tõendavate andmete säilitamise tähtsajad tulenevad seadusest. Ambulaatorse tervishoiuteenuse osutamist tõendava dokumendi puhul on see 30 aastat andmete kinnitamisest.

Teil on järgnevad õigused seoses isikuandmete töötlemisega kliinikus:

1. Tutvuda oma isikuandmetega (selleks on vajalik esitada vastav taotlus);
2. Nõuda andmete parandamist, kustutamist, töötlemise piiramist, andmete ülekandmist, samuti õigus esitada vastuväiteid;
3. Nõusolek igal ajal tagasi võtta, kus juures nõusolekutagasisivõtmine ei kehti enne tagasisivõtmist toimunud töötlemise kohta;
4. Pöörduda andmetöötleja andmekaitse spetsialisti poole kõigis küsimustes, mis on seotud Teie isikuandmetega. Kontakt: Katrin Lepiksoo – tel. +372 5038385, katrin.lepiksoo@renalis.ee.

Edastame Teie andmeid järgmistele vastuvõtjatele:

1. Tervisekassa;
2. Riigi andmekogud, nt tervise infosüsteem, nakkushaiguste register jt.;
3. Kohalikud omavalitsused, nt juhul kui vajate sotsiaalteenuseid;
4. Teised asutused, millel on õigusaktidest tulenev õigus andmeid saada, nt teised tervishoiuasutused;
5. Patsiendi määratud isikud, nt patsiendi esindaja;
6. Kliiniku koostööpartnerid, nt laborid. Koostööpartnerid kohustuvad järgima kõiki andmekaitse nõudeid.

Olen lugenud ning tutvunud käesoleva andmekaitse nõusolekuga ja kinnitan, et olen nõus andmetöötlusega eelpool toodud tingimustel.

Patsiendi allkiri

Kuupäev:

Annan nõusoleku isiku nimel, kes pole nõusoleku andmiseks täieliku teovõimega ning kinnitan, et mul on eestkostjana õigus seda teha.

Eestkostja allkiri

Kuupäev:



1. I confirm that I have received a detailed information about the hemodialysis procedure which is prescribed for the treatment of my renal failure and I understand its necessity.
2. In addition to the benefits of the hemodialysis procedure, the risks of this procedure were also explained to me. I am aware of the risks below:
 - Cardiovascular disorders (e.g. low or high blood pressure, stenocardia, cardiac insufficiency and heart arrhythmia);
 - risk of infection with infectious diseases (e.g. hepatitis B);
 - blood loss or destruction of erythrocytes;
 - various circulatory disorders incl. disruptions in the restoration of blood flow, blood thickening and risk of thrombosis;
 - kidney failure and its treatment are accompanied by a fluid and electrolyte imbalance, which in turn can lead to seizures, heart and blood vessel disorders, and shortness of breath.
3. I understand that the efficiency of hemodialysis treatment is directly related to the recommendations given by the doctor, which should be followed for the best treatment result.
4. I have examined the applicable rules in the clinic. I understand that the healthcare workers may refuse me hemodialysis treatment if I should behave in a dangerous manner to the environment and to the employees and other patients. I confirm that all of this text is understandable to me, and I understand the importance of my own responsibility.
5. I hereby give my consent for hemodialysis treatment to OÜ Renalis and its healthcare workers. I understand that this consent extends to everything related to the treatment of my kidney failure (including medicines, blood tests, transfusion of blood and its components, vaccinations, conducting allergy tests, etc.).

PATIENT DATA**First and last name:****Date:**

Patient's signature: _____

OR

DATA OF THE LEGAL GUARDIAN OF THE PATIENT**First and last name:****Date:**

Guardian's signature: _____



1. Kinnitan, et olen saanud üksikasjaliku ülevaate neerupuudulikkuse raviks määratud hemodialüüsi protseduuri kohta ning mõistan selle vajalikkust.
2. Hemodialüüsi protseduuri kasulikkusele lisaks selgitati mulle ka antud protseduuri riske. Olen kursis allpool olevate riskidega:
 - Südame ja veresoonkonnaga seotud häired (sh. vererõhu kõrge või madal väärtus, stenokardia, südamepuudulikkus ja rütmihäired);
 - infektsioonhaigustesse nakatumise oht (nt. B-hepatiit);
 - verekaotus või erütrotsüütide hävimine;
 - erinevad vereringe häired sh. vereringe taastumise häire, vere paksenemine ja tromboosi oht;
 - neerupuudulikkuse ning selle raviga kaasneb vedeliku ja elektrolüütide tasakaalu häire, millega omakorda võib kaasneda krambioht, südame ja veresoonkonna häired ning õhupuudus.
3. Mõistan, et hemodialüüsiravi kasutegur on otseselt seotud arsti poolt määratud soovitustega, mida tuleks parima ravi tulemuse eesmärgil järgida.
4. Olen tutvunud kliiniku ning selles kehtivate reeglitega. Mõistan, et personal võib mulle hemodialüüsiravi teostamisest keelduda, kui peaksin käituma keskkonda ning personali ja teisi patsiente ohustavalt. Kinnitan, et kogu käesolev tekst on mulle arusaadav ning mõistan omapoolse vastutuse olulisust.
5. Käesolevaga annan nõusoleku hemodialüüsiraviks OÜ Renalis ettevõttele ja selle tervishoiutöötajatele. Mõistan, et antud nõusolek laieneb kõigele, mis on seotud minu neerupuudulikkuse raviga (sh. ravimid, vereanalüüsid, vere ja selle komponentide ülekanne, vaktsineerimine, allergiatestide läbiviimine jne).

PATSIENDI ANDMED

Ees- ja perekonnanimi:

Kuupäev:

Patsiendi allkiri: _____

VÕI

PATSIENDI SEADUSLIKU ESINDAJA ANDMED

Ees- ja perekonnanimi:

Kuupäev:

Esindaja allkiri: _____

