

REQUISIÇÃO DE INFORMAÇÃO/DOCUMENTAÇÃO CLÍNICA

Requisitante

Nome do Doente: _____

Nº Cartão Cidadão/Bilhete Identidade: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Código Postal _____ - _____

Vem requerer autorização à Direcção Clínica a cedência de:

Referente à assistência prestada no serviço de:

No dia ____/____/____ ao dia ____/____/____

Motivo: _____

O solicitado será enviado para:

Médico Assistente: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Residência

Vem buscar pessoalmente ao Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca E.P.E

- NO CASO DE NÃO SER O DOENTE A SOLICITAR OS DOCUMENTOS CLÍNICOS, DEVE O REQUISITANTE APRESENTAR UMA AUTORIZAÇÃO POR ESCRITO DO DOENTE (QUANDO APLICÁVEL) PARA CEDÊNCIA DE DOCUMENTAÇÃO AO PRÓPRIO.
- NO CASO DO HOSPITAL TER DUVIDAS SOBRE A CEDÊNCIA DOS DOCUMENTOS REQUISITARÁ UM PARECER À *Comissão de Nacional de Protecção de Dados e/ou Gabinete Jurídico deste Hospital* SOBRE O ENVIO DA INFORMAÇÃO, DANDO POSTERIORMENTE CONHECIMENTO AO REQUISITANTE.

Nome do Requisitante: _____

Nº Cartão do Cidadão/Bilhete de Identidade: _____ Telefone: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Motivo da requisição ser efectuada por terceiros _____

Parentesco: _____

Assinatura

Amadora/Sintra, ____ de _____ de _____

(Correspondente ao B.I)

Documentos anexos:

Fotocópia do BI do requisitante/doente

Fotocópia de autorização do doente a terceiros

Outros _____

DIRECÇÃO CLÍNICA

Informação: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____