

Formulário de autorização

Disponibilizar os seus dados médicos através do LSP



volg je zorg

Eu **dou/não dou** autorização ao(s) prestador(es) de cuidados abaixo referido(s) para disponibilizar os meus dados através o LSP. Li todas as informações no folheto " Sim! Desejo partilhar a minha informação médica; Dê permissão para compartilhar seus registros médicos!".

Dados do médico de família ou farmácia

Está pedindo uma autorização para qual prestador de cuidados (prestador de cuidados 1)?

☐ meu médico de família
☐ minha farmácia

☐ SIM
☐ NÃO

Nome:

Endereço:

Código postal e localidade:

Está pedindo uma autorização para qual prestador de cuidados (prestador de cuidados 2)?

☐ meu médico de família
☐ minha farmácia

☐ SIM
☐ NÃO

Nome:

Endereço:

Código postal e localidade:

Meus dados Não se esqueça de assinar.

Apelido:

Iniciais:

☐ M

☐ F

Endereço:

Código postal e localidade:

Data de nascimento:

Assinatura:

Data:

Quer pedir autorização para os seus filhos?

- Para crianças até os 12 anos: dê a sua autorização na qualidade de pai/mãe ou tutor. Para tal pode fazer uso dos formulários.
- Para crianças dos 12 aos 16 anos que queiram dar a sua autorização: Tanto você como pai/mãe ou tutor e a criança têm de assinar:
- As crianças a partir dos 16 anos dão a sua própria autorização e preenchem o seu próprio formulário.

Dados dos meus filhos

Preencha aqui os dados das crianças para quem você quer tratar da autorização. **Não se esqueça de deixar a sua assinatura aqui em baixo.**

Nome próprio e apelido:

Iniciais:

☐ M

☐ F

Data de nascimento:

Assinatura:

☐ SIM

☐ NÃO

Nome próprio e apelido:

Iniciais:

☐ M

☐ F

Data de nascimento:

Assinatura:

☐ SIM

☐ NÃO

Tem mais de dois filhos? Peça então um formulário de consentimento extra.

Assinatura de pai/mãe
ou tutor:

Data:

Entregue este formulário no médico de família ou farmácia para quem está tratando da autorização.

(versão de maio de 2021)