

# Formulário de autorização

Disponibilizar os seus dados médicos através do LSP



volg je zorg

## ☐ SIM

**Eu dou** autorização ao prestador de cuidados abaixo referido para disponibilizar os meus dados através do LSP. Li todas as informações no folheto "Os seus dados médicos disponíveis através do Ponto de Comutação Nacional [Landelijk Schakelpunt] (LSP)". **SIM:** Li toda a informação constante na brochura " Sim! Desejo partilhar a minha informação médica; Dê permissão para compartilhar seus registros médicos!" e compreendi tudo bem.

## ☐ NÃO

**Eu não dou** autorização ao prestador de cuidados abaixo referido para disponibilizar os meus dados através do LSP. Li todas as informações no folheto "Os seus dados médicos disponíveis através do Ponto de Comutação Nacional [Landelijk Schakelpunt] (LSP)". **SIM:** Li toda a informação constante na brochura " Sim! Desejo partilhar a minha informação médica; Dê permissão para compartilhar seus registros médicos!" e compreendi tudo bem.

## Dados do médico de família ou farmácia

Está pedindo uma autorização para qual prestador de cuidados?

- ☐ meu médico de família  
☐ minha farmácia

Nome:

Endereço:

Código postal e localidade:

## Meus dados Não se esqueça de assinar.

Apelido:

Iniciais:

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:

Data de nascimento:

Assinatura da  
criança:

☐ SIM

☐ NÃO

Nome próprio e apelido:

Iniciais:

Data de nascimento:

Assinatura da  
criança:

☐ 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 2023)