

REQUERIMENTO – ACESSO A DADOS CLÍNICOS PRÓPRIOS

DADOS DO REQUERENTE

Nome _____,
portador do Bilhete de Identidade/Cartão do Cidadão nº _____, valido até ____/____/_____,
residência (completa) _____

telefone nº _____, solicita, ao abrigo da Lei n.º 26/2016, de 22 de agosto,
acesso a dados clínicos próprios.

Data: ____ / ____ / _____ Assinatura: _____

DADOS RELATIVOS AO PEDIDO

Processo clínico nº _____

Indicar a forma de acesso pretendido:

- Consulta gratuita
- Reprodução por fotocópia ou outra (indicar qual) _____
- Certidão

Indicar os dados pretendidos:

- Ficha de Urgência referente ao dia ____ / ____ / _____
- Relatório clínico referente a _____
- Exames de diagnóstico e terapêutica realizados no dia ____ / ____ / _____
- Outros (indicar) _____

Para solicitação de intermediação médica, indicar o nome do médico e seu endereço: _____

Arquivo Clínico:

Foi verificada a identidade do requerente através de documento de identificação n.º _____

Nome: _____ N.º Mecanográfico: _____

Custos com reprodução dos documentos solicitados:

Tomei conhecimento da necessidade de suportar os custos da reprodução dos documentos solicitados

Assinatura do requerente: _____ Data: ____ / ____ / _____