

PEDIDO DE EMISSÃO DE TERMO DE RESPONSABILIDADE – MEDICINA FÍSICA E DE REABILITAÇÃO

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS

Nome: _____

Nº do Cartão: _____ Idade: _____

E-mail: _____ Nº Telemóvel: _____

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO PELO MÉDICO
Doença/Diagnóstico

Desde quando é que segue este Doente? _____ Qual foi o Médico que lhe referenciou este Doente? _____

Diagnóstico principal _____ **ICD-9** _____

Diagnóstico(s) secundário(s) _____ **ICD-9** _____

Baseado na sua experiência clínica e na história natural da doença, qual presume ser a data início de manifestação dos sintomas?

____/____/____

Meios Complementares de Diagnóstico realizados: anexar cópia do relatório dos mesmos

Antecedentes pessoais / Informação clínica justificativa do(s) procedimento(s):

Acidente Sim Não Data : ____/____/____

Tipo de acidente: Viação Trabalho Outro

Descrição do acidente (local e circunstâncias): Por favor, enviar em anexo Formulário de Acidente, devidamente, preenchido pelo Doente

Nome do Hospital / Clínica:

 Data de início ____/____/____ Ambulatório
 Internamento Nº diárias:

Novo pedido **Continuação de tratamentos**
PLANO DE TRATAMENTO:

N.º Sessões	Ato(s) Médico(s) (CNVRAM / Tabela ADV)	Observações	Região Anatómica	Lateralidade		K
				Esq	Dto	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Objetivo clínico do(s) procedimento(s):

Médico responsável pelo plano de tratamento

Nome: _____

Nº de Cédula: _____ Telefone/Tlm: _____ Fax/E-mail: _____

Nº de Contribuinte / Entidade para faturação: _____

Por ser verdade confirmo que dei conhecimento de toda a informação constante deste impresso ao Doente ou ao seu representante legal.

Assinatura do Médico Responsável: _____ Data: ____/____/____

Autorizo o Médico e/ou Hospital a facultar esta e outras informações necessárias à minha Seguradora/Médico representante do meu Plano Privado de Saúde e à AdvanceCare, para efetuar a análise clínica e respetivo enquadramento contratual, subjacente à eventual emissão do termo de responsabilidade, incluindo toda e qualquer informação relativa à faturação destes serviços. Estas informações só podem ser utilizadas no âmbito do meu seguro de saúde/Sistema Privado de Saúde. Por ser verdade, declaro que tomei conhecimento e valido a informação acima descrita.

Assinatura do Doente ou seu representante legal _____ Data: ____/____/____

Para mais informações contactar 707 78 20 50.

Este documento deve ser enviado para a morada: Assessoria Clínica – Apartado 2245, 1102-001 Lisboa ou fax 21 322 80 03