

Inserir identificação do estabelecimento de saúde (endereço. e se houver, CNPJ, CNES, telefone, logos, etc.)

RECIBOS DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

RECIBO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS/EXAMES/MODELOS

Declaro ter recebido, na presente data, os documentos, exames e/ou modelo(s) abaixo elencados e marcados, manifestando ter recebido orientações, ter sido alertado e ter, portanto, ciência de que estes são importantes registros técnicos de minha condição de saúde, em diferentes períodos, estando, pois, consciente de que isto os torna fundamentais para que um Cirurgião-dentista possa estabelecer adequado diagnóstico, planejamento e/ou acompanhamento de meu caso clínico, no momento presente ou mesmo em análise ou uso futuro.

Assim, ao recebê-los, ☐ em meio físico / ☐ em arquivo digital, assumo ser de minha inteira responsabilidade a guarda destes, em adequado acondicionamento e em segurança, confidencialidade e sigilo de acesso, isentando o profissional e/ou estabelecimento de saúde de qualquer responsabilidade para com os referidos documentos/itens ora entregues, para nada mais poder reclamar ou solicitar com relação aos mesmos.

1. ☐ Fotografias: _____

(especificar tipo/padrão, quantidade, data de tomada, meio de apresentação/entrega – impressa/digital – e outro dado relevante)

2. ☐ Escaneamento: _____

(especificar dentes/arco/região, data de tomada ou outro dado relevante)

3. ☐ Pasta Ortodôntica: _____

(especificar conteúdo, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

4. ☐ Radiografia Periapical: _____

(especificar dente(s), número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

5. ☐ Radiografia Bitewing/Interproximal: _____

(especificar dentes, número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

6. ☐ Radiografia Panorâmica: _____

(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

7. ☐ Radiografia Cefalométrica/Telerradiografia: _____

(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

8. ☐ Radiografia Oclusal: _____

(especificar número de radiografias, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

9. ☐ Tomografia Computadorizada: _____

(especificar região/cortes, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

10. ☐ Ressonância Magnética: _____

(especificar região, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

11. ☐ Sialografia: _____

(especificar região/glândula, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

12. ☐ Modelo de gesso: _____

(especificar arco dental, Clínica em que o exame foi realizado, data do exame e outro dado relevante)

13. ☐ Laudo(s) de Exame(s): _____

(especificar a que exame se refere, Clínica em que o laudo foi emitido e/ou profissional responsável, data do exame/laudo, meio de apresentação/entrega – físico/digital – e outro dado relevante)

14. ☐ Outro(s): _____

(especificar)

☐ Entrega em meio convencional/físico – Itens: _____

☐ Entrega em arquivo digital por meio do dispositivo _____ – Itens:

☐ Entrega em arquivo digital para o endereço eletrônico indicado pelo Paciente Solicitante

– Itens, a saber: _____

Local e data

Assinatura do paciente

RECIBO DE ENTREGA DE CÓPIA DE PRONTUÁRIO

Recebi, na presente data, a cópia integral do meu Prontuário Odontológico referente ao tratamento com o profissional/Clínica _____, contendo _____ folhas.

Manifesto ter recebido orientações, ter sido alertado e ter, portanto, ciência de que os dados constantes do meu Prontuário Odontológico são importantes registros técnicos de minha condição de saúde, em diferentes períodos, estando, pois, consciente de que isto os torna fundamentais para que um Cirurgião-dentista possa estabelecer adequado diagnóstico, planejamento e/ou acompanhamento de meu caso clínico, no momento presente ou mesmo em análise ou uso futuro.

Assim, ao recebê-lo, ☐ em meio físico / ☐ em arquivo digital, assumo ser de minha inteira responsabilidade a guarda deste, em adequada segurança, confidencialidade e sigilo de acesso, isentando o profissional e/ou estabelecimento de saúde de qualquer responsabilidade para com o referido documento ora entregue, seja relativo a avaria, a perda, ao extravio e/ou ao vazamento de informações, para nada mais poder reclamar ou solicitar com relação ao mesmo.

☐ Entrega em meio físico – No de Folhas: _____

Cópias: ☐ coloridas ☐ em preto e branco

☐ Entrega em arquivo digital por meio do dispositivo – Itens: _____

☐ Entrega em arquivo digital para o endereço eletrônico indicado pelo Paciente Solicitante – Itens, a saber: _____

Local e data

Assinatura do paciente