

FORMULAIRE TRANSMISSION DE DONNEES A CARACTERE PERSONNEL

Par la présente, je soussigné(e)

INFORMATIONS SUR LE PATIENT	
_____	_____
Nom, prénom	Date de naissance

consens à ce que medneo transmette mes données personnelles et médicales (de santé) collectées par medneo sous forme de

mes **résultats d'analyse (examens préliminaires)**

- tous les résultats d'analyse disponibles
 seulement le résultat de l'examen suivant :

Date : _____ Zone examinée : _____

ou

de **l'ensemble de mes données d'examen**, dont résultats d'analyse (examens préliminaires) et radios

- toutes les données d'examen disponibles
 seulement les données de l'examen suivant :

Date : _____ Zone examinée : _____

au médecin/cabinet/établissement de santé suivant et/ou à l'adresse e-mail privée suivante

INFORMATIONS SUR LE DESTINATAIRE	

Nom, prénom du médecin/nom du cabinet médical ou de l'établissement de santé*	
_____	_____
Rue, numéro	Code postal, lieu
_____	_____
Numéro de fax	Facultatif : Adresse e-mail
ET/OU	

Adresse e-mail privée	
*Si le destinataire est un médecin travaillant au <u>centre de diagnostic medneo</u> , son nom est suffisant.	

J'accorde les consentements ci-dessus de façon volontaire. Je suis conscient que je peux révoquer à tout moment par écrit avec effet pour l'avenir la déclaration de consentement vis-à-vis de medneo.

Lieu, date

Signature patient*

Veuillez envoyer ce formulaire rempli au **numéro de fax** suivant : **+49 (30) 814501-7008**

* Une personne accompagnante habilitée à signer, p. ex. détentrice de l'autorité parentale, tutrice ou mandatée**, peut signer pour le patient.

** Dans le cas où une seule personne détentrice de l'autorité parentale (p. ex. le père ou la mère) signe, celle-ci déclare en signant qu'elle possède seule l'autorité parentale ou qu'elle agit en accord avec l'autre personne détentrice de l'autorité parentale.