

Declaration de consentement pour la retransmission du compte rendu medical

Je déclare par la présente donner mon consentement pour la retransmission de mon compte rendu médical

au médecin/cabinet médical/établissement de santé mentionné ci-dessous mon adresse e-mail privée

Informations sur le patient

Nom, prénom

Date de naissance

Modalité (appareil)

Région d'étude

Date du compte rendu médical

Auteur du compte rendu (si connu)

Veuillez indiquer les informations suivantes sur le destinataire dans leur intégralité, sinon la retransmission ne peut pas avoir lieu:

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

or

adresse e-mail privée

Lieu, date

Signature du patient*

* Un accompagnant habilité à signer, p. ex. une personne 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, elle 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.