

DECLARATION DE CONSENTEMENT POUR L'ACCES AUX DONNEES PERSONNELLES

Par la présente, je consens à ce que medneo transmette aux personnes et groupes de personnes mentionnés dans le champ « Informations sur le destinataire » mes données personnelles et médicales (de santé) recueillies par medneo (y compris les comptes rendus médicaux antérieurs et données d'imagerie) dans la mesure où ceci est nécessaire à des fins d'examen et de traitement. À cette fin, je libère dans la mesure nécessaire les médecins et le personnel assistant de leur secret professionnel (médical). Je consens en outre à ce que les données recueillies par medneo soient archivées. J'accorde les consentements ci-dessus de façon volontaire. Je suis conscient que je peux renoncer à tout moment par écrit pour l'avenir à la déclaration de consentement et au fait de libérer les médecins de leur secret professionnel vis-à-vis de medneo

INFORMATIONS SUR LE PATIENT

Nom, prénom

Date de naissance

Veuillez indiquer le nom de l'établissement, l'adresse et le numéro de fax **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

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.