

Demande de suppléance pour un dossier patient

Pour les représentations légales veuillez utiliser le formulaire correspondant (www.post-sanela.ch)

Informations sur le / la patient(e) pour lequel / laquelle la suppléance doit être assurée:

Nom*:	<input type="text"/>
Prénom*:	<input type="text"/>
Date de naissance*:	<input type="text"/>
Sexe*:	<input type="text"/>
(masculin / féminin / autre)	<input type="text"/>
Rue *:	<input type="text"/>
Code postal et domicile*:	<input type="text"/>
Pays*:	<input type="text"/>
Adresse email*:	<input type="text"/>
Numéro de téléphone portable*:	<input type="text"/>

Informations sur la suppléance:

Nom*:	<input type="text"/>
Prénom*:	<input type="text"/>
Date de naissance*:	<input type="text"/>
Sexe*:	<input type="text"/>
(masculin / féminin / autre)	<input type="text"/>
Rue *:	<input type="text"/>
Code postal et domicile*:	<input type="text"/>
Pays*:	<input type="text"/>
Adresse email*:	<input type="text"/>
Numéro de téléphone portable*:	<input type="text"/>

* Champ obligatoire

Confirmation de la suppléance

- Je confirme avoir reçu et lu les informations sur le but et le fonctionnement du DEP ainsi que sur les droits du titulaire du DEP et de sa suppléance, et j'en accepte le contenu (conformément à la fiche d'information sur l'ouverture d'un DEP, disponible sur www.post-sanela.ch).
- J'ai pris connaissance des CG de Post Sanela Health SA.

Par ma signature, j'accepte d'assumer la suppléance pour le DEP du / de la patient(e) susmentionné(e) et d'avoir pris connaissance des CG.

Date:

Signature suppléance:

Confirmation du / de la patient(e)à

Je confirme que la personne susmentionnée (suppléance) se charge de ma suppléance pour mon dossier électronique du patient (DEP).

Date:

Signature patient(e):

Documents nécessaires:

- ☐ Copie de la pièce d'identité officielle de la suppléance
- ☐ Copie de la pièce d'identité officielle du / de la patient(e)

Envoyer à: Post Sanela Health SA, Betreibergesellschaft der XAD-Stammgemeinschaft, Pfingstweidstrasse 60b, 8005 Zurich

A remplir par les services centraux de la communauté de référence XAD:

Antrag auf Stellvertretung eingegangen:

Datum / Kürzel

Prüfung bei Patient/Stellvertretung durchgeführt:

Datum / Kürzel

Stellvertretung eingerichtet (PADM, Datum, Unterschrift):

Datum / Kürzel

Post Sanela Health SA

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zurich
+41 44 272 08 08 | info@post-sanela.ch | www.post-sanela.ch