

Demande d'ouverture d'un dossier patient par représentation légale

Relation avec le / la patient(e)*:

Informations sur le / la patient(e) pour lequel / laquelle le dossier médical doit être établi:

Nom*:

Prénom*:

Date de naissance*:

Sexe*:

(masculin / féminin / autre)

Rue :

Code postal et domicile *:

Pays*:

DEP auprès d'une autre communauté de référence*:

☐

Oui

☐

Non

Communauté de référence:

En cas de changement, le consentement entre en vigueur dès que les autorisations d'accès à son propre DEP nécessaires ont été mises en place.

Numéro AVS (13 chiffres)*:

Informations sur la représentation légale:

Nom*:

Prénom*:

Date de naissance*:

Sexe*:

(masculin / féminin / autre)

Rue *:

Code postal et domicile*:

Pays*:

Adresse email*:

Numéro de téléphone portable*:

*Champ obligatoire

Post Sanela Health SA

Pfingstweidstrasse 60b | 8005 Zurich

+41 44 272 08 08 | info@post-sanela.ch | www.post-sanela.ch

Déclaration de consentement pour l'ouverture d'un dossier électronique du patient auprès de Post Sanela Health SA (organisation d'exploitation de la communauté de référence XAD)

Je confirme avoir reçu et lu les informations relatives au but et au fonctionnement du DEP, ainsi qu'aux droits du titulaire du DEP et de sa représentation, et j'en accepte le contenu (conformément à la fiche d'information sur l'ouverture d'un DEP, disponible sur www.post-sanela.ch).

Je confirme qu'en tant que représentation légale du patient susmentionné, je donne mon consentement à l'ouverture d'un DEP et que j'assume la représentation du DEP du patient susmentionné.

Je consens par la présente à ce que les données médicales pertinentes pour le traitement soient transférées dans le dossier électronique du patient par les professionnels de la santé traitants. Les professionnels de la santé autorisés à accéder au dossier médical peuvent consulter les documents relatifs au traitement et, si nécessaire, les transférer dans leur propre système d'information. Conformément à la loi suisse sur la protection des données, le patient dispose d'un droit d'information et de rectification complet.

J'ai pris connaissance des CG de Post Sanela Health SA

J'ai le droit de révoquer cette déclaration à tout moment.

En cas de suppression de la représentation légale (par ex. lorsque le patient atteint sa majorité), le présent consentement devient caduc. La représentation légale veille à ce que, dans ce cas, le patient signe une déclaration de consentement à l'égard de Post Sanela Health SA

Confirmation de la représentation légale

- Je confirme que je suis autorisé(e) à représenter le / la patient(e) mentionné(e).
- Je suis tenu(e) de communiquer immédiatement tout changement dans la relation de représentation.

Date:

Signature représentation
légale:

Documents nécessaires:

- ☐ Attestation de représentation (livret de famille, décision de tutelle, curatelle, etc.)
- ☐ Copie de la pièce d'identité officielle du / de la patient(e)

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

Antrag auf Eröffnung durch gesetzl. Stellvertretung
eingegangen:

Prüfung Unterlagen durchgeführt:

Dossiereröffnung für Patient (PADM):

Stellvertretung eingerichtet (PADM, Datum,
Unterschrift):

Post Sanela Health SA

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