

1. Données personnelles

Nom : _____ Prénom : _____

Rue / N° : _____ NPA / Localité : _____

Tél : _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

N° AVS : _____

2. Données du représentant

Nom : _____ Prénom : _____

Rue / N° : _____ NPA / Localité : _____

Tél : _____ E-mail : _____

Date de naissance : _____ Sexe : M F

3. Informations importantes

Le représentant, avec son propre moyen d'identification électronique, représente légalement le patient dans la gestion de son Dossier Santé comme s'il agissait par lui-même. Par conséquent, le document « Informations aux patients » s'appliquent intégralement au représentant.

Le représentant est notamment autorisé à agir pour toutes les tâches relevant de la gestion du Dossier Santé, comme par exemple :

- Consulter et supprimer les données médicales contenues dans le Dossier Santé
- Gérer les droits d'accès, y compris ceux en cas d'urgence médicale
- Supprimer le Dossier Santé du patient

Lorsque plusieurs représentants sont nommés, chacun peut exercer individuellement son pouvoir de représentation. Le patient reconnaît comme légalement contraignants tous les actes exécutés par ses représentants. Une modification ou une suppression de la représentation peut être

demandée auprès de Mon Dossier Santé par le patient ou le représentant. La procuration reste valable jusqu'à deux ans après le décès du patient.

Les données personnelles contenues dans ce document sont strictement limitées à l'usage de Mon Dossier Santé. Elles sont collectées afin de créer et gérer les accès pour le représentant et sont stockées dans un fichier protégé.

4. Droit de substitution

Le patient peut autoriser le représentant à confier à une autre personne l'exercice des droits découlant de la présente procuration : c'est le pouvoir de substitution.

Souhaitez-vous attribuer au représentant ce pouvoir ? Oui Non

En cas de substitution, Mon Dossier Santé doit être informé du changement de représentant dans les plus brefs délais, afin de pouvoir octroyer des droits d'accès au nouveau représentant.

5. Signature

Par ma signature, je consens à déléguer la gestion de mon Dossier Santé à mon représentant pour une durée indéterminée.

Lieu, date : _____

Signature du patient : _____

6. Signature du représentant

Le représentant accepte le rôle de représentant tel que détaillé dans la présente procuration et confirme avoir pris connaissance du document « Informations aux patients » :

Lieu, date : _____

Signature représentant : _____

Veillez également joindre à la présente procuration la **copie d'une pièce d'identité en cours de validité du représentant désigné.**