

Révocation de la procuration octroyée à un représentant

N. B. : Pour des raisons de simplification du présent document, le masculin vaut également pour le féminin.

1. Coordonnées

Madame / Monsieur, désigné(e) ci-après « le patient » :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____ NPA / localité * : _____

N° AVS * : _____ Tél. * : _____

E-mail * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Souhaite retirer la procuration de représentation pour la gestion de son DEP octroyée à :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____

NPA / localité * : _____ Tél. * : _____

E-mail * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Afin que cette révocation soit valide, la capacité du patient à exercer ses droits civils (art. 35, al. 1 CO) est présumée acquise.

Le représentant susmentionné est actuellement autorisé à représenter légalement le patient dans la gestion de son DEP comme s'il agissait par lui-même pour toutes les tâches relevant de la gestion

du DEP. En révoquant ladite procuration, je suis conscient(e) que le représentant perdra son droit d'accès à mon DEP et, en particulier, ne pourra plus :

- Consulter et détruire des données médicales contenues dans mon DEP
- Gérer des droits d'accès des professionnels de la santé à mon DEP, y compris en cas d'urgence médicale
- Être informé lorsqu'un professionnel de la santé rejoint un groupe ayant accès à mon DEP
- Attribuer des niveaux de confidentialité aux documents contenus dans mon DEP
- Consulter les historisations
- Substituer son pouvoir de représentation à un tiers
- Changer mon DEP de communauté de référence
- Supprimer mon DEP (révocation du consentement)

Dans le cas où j'ai octroyé une procuration de gestion de mon DEP à plusieurs représentants, seul le représentant susmentionné verra sa procuration supprimée. Les autres représentants continuent à exercer individuellement leur pouvoir de représentation.

Par ma signature, je confirme avoir pris connaissance des informations qui précèdent et confirme vouloir révoquer la procuration octroyée au représentant susmentionné, qui ne pourra ainsi plus accéder à ni gérer mon DEP :

Lieu, date* : _____

Signature du patient* : _____

Les données personnelles contenues dans ce document sont collectées uniquement afin de garantir une suppression correcte et rapide de l'accès du représentant susmentionné à votre Dossier Santé. Ces données sont strictement limitées à l'usage de la CR DEP NE et stockées dans un fichier protégé, dont le maître de fichier est le responsable de la protection des données (DPO) de la CR DEP NE.

* Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.