

Révocation du consentement à la tenue de « Mon Dossier Santé »

N. B. : Ce formulaire ne doit pas être utilisé pour procéder à un changement de communauté de référence, mais uniquement pour la suppression définitive d'un DEP. Pour des raisons de simplification du présent document, le masculin vaut également pour le féminin.

1. Coordonnées du patient¹

Nom * : _____ Prénom * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Rue / N° * : _____

NPA / localité * : _____

N° AVS * : _____ Tél. * : _____

E-mail * : _____

2. Récapitulatif des conséquences d'une révocation du consentement à la tenue d'un dossier électronique du patient (DEP)

Je suis informé(e) que la révocation de mon consentement à la tenue de « Mon Dossier Santé » aura les conséquences suivantes :

- Je n'aurai plus du tout accès à « Mon Dossier Santé », je télécharge donc les documents pertinents avant de déposer ma demande de révocation du consentement
- Les droits d'accès octroyés à toute institution, groupe et professionnel de la santé seront intégralement supprimés
- L'habilitation des professionnels de la santé à transmettre certains droits d'accès à mon DEP sera supprimée
- Les droits de représentation octroyés (représentation légale ou désignée) seront intégralement supprimés

¹ Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.

- Je ne pourrai plus compléter moi-même « Mon Dossier Santé » avec certaines informations pertinentes
- Je ne pourrai plus consulter, dans l'historique, les accès à mes données par des tiers
- Je suis conscient que les prestataires de soins ne pourront plus consulter rapidement mes données médicales en cas d'urgence ; ceux-ci devront consulter les systèmes médicaux primaires, ce qui prend du temps
- Toutes les données figurant dans « Mon Dossier Santé » seront irrémédiablement effacées de « Mon Dossier Santé » les originaux restent conservés dans les archives des professionnels de la santé qui me traitent
- Mon dossier santé ainsi que le numéro d'identification du patient (NIP) qui m'a été attribué par la Centrale de compensation de l'AVS (CdC) seront immédiatement supprimés ; mon NIP ne pourra plus être attribué, ce qui signifie concrètement que si je souhaite à l'avenir créer un nouveau DEP, celui-ci sera vierge et un nouveau NIP me sera attribué
- La ou les identité(s) électronique(s) sécurisée(s) que j'utilise pour accéder à « Mon Dossier Santé » est/sont conservée(s) ; je peux continuer à en profiter pour d'autres services (p. ex. site de La Poste avec une identité SwissID)

3. Signature(s)

Par ma signature, je confirme être dûment renseigné quant aux conséquences d'une révocation du consentement et accepte expressément la révocation de mon consentement à la tenue de « Mon Dossier Santé ». Je confirme également bénéficiaire de l'autorité nécessaire pour ce faire et comprend que ma signature manuscrite rend juridiquement valable ma décision.

Lieu, date * : _____

Signature du patient * : _____

4. Représentation légale (facultatif)

En cas de représentation par un/deux représentant(s) légal(aux), les informations suivantes doivent également être renseignées.

Représentant légal 1² :

Nom * : _____ Prénom * : _____

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

E-mail * : _____ Tél. * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

N° AVS * : _____

Lieu, date * : _____

Signature du représentant légal 1 * : _____

Représentant légal 2 (facultatif) :

Nom * : _____ Prénom * : _____

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

E-mail * : _____ Tél. * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

N° AVS * : _____

Lieu, date * : _____

Signature du représentant légal 2 * : _____

Les données personnelles contenues dans ce document sont collectées uniquement afin de garantir une suppression correcte et rapide de 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.

² Les champs marqués d'un astérisque sont obligatoires.