

 <p>CLINIQUE DES ORMEAUX Centre Médico-Chirurgical Centre de Chirurgie Robotique</p>	ENREGISTREMENT QUALITE	Indexation : 181219-P9- Formulaire autorisation personne de confiance et données personnelles-EQ-B
	FORMULAIRE	
	AUTORISATION DE SOINS	
	PERSONNE DE CONFIANCE	
	DONNEES PERSONNELLES	Date de création : 27/04/2018/ Date de MAJ : 19/12/2018
		Version : B

Je soussigné(e) :

NOM, PRENOM, DATE DE NAISSANCE

Autorisation de soins et d'opérer

(Pour les patients mineurs se référer au document « Autorisation parentale »)

Déclare autoriser l'équipe médicale et paramédicale de la clinique des Ormeaux à pratiquer toute intervention utile à mon état de santé et à utiliser tous les moyens nécessaires à ma prise en charge.

Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE PATIENT :

Désignation d'une personne de confiance

(au sens de l'article L.1111-6 du Code de santé publique)

Nomme la personne de confiance suivante

Nom, prénoms :

Adresse

Téléphone privé : professionnel :

E-mail

- Je lui ai fait part de mes directives anticipées ou de mes volontés si un jour je ne suis plus en état de m'exprimer : oui non
- Elle possède un exemplaire de mes directives anticipées : oui non

Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE PATIENT :

SIGNATURE PERSONNE DE CONFIANCE :

Utilisation des données personnelles

(au sens du Règlement Général Européen sur la Protection des Données)

Déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessous.

- Les informations recueillies vous concernant font l'objet d'un traitement destiné à la direction de la Clinique des Ormeaux, 36 rue Marceau, 76600 LE HAVRE.

- Pour la finalité suivante : assurer la prise en charge administrative, médicale et paramédicale.

- Les destinataires de ces données sont : Les professionnels de la clinique (administratifs, paramédicaux et médicaux).

- La durée de conservation des données est de 30 ans.

- Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, d'effacement de celles-ci ou une limitation du traitement.

- Vous pouvez vous opposer au traitement des données vous concernant et disposez du droit de retirer votre consentement à tout moment en vous adressant par courrier à la direction de la clinique des Ormeaux.

- Vous avez la possibilité d'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle.

Le : _____ / _____ / _____

SIGNATURE PATIENT :