

CONSENTEMENT POUR LE TRANSFERT DE DOSSIER MÉDICAL

Je soussigné(e),

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Demande par la présente le transfert de mon dossier médical aux fins de consultation, suivi ou autre raison légitime mentionnée ci-dessous. Je consens à ce que mes informations médicales soient envoyées de manière confidentielle à l'établissement ou au professionnel de santé suivant :

Destinataire du dossier médical :

Givimed, Route André Piller 16, 1762 Givisiez, Tél. 026 466 15 05, e-mail : cm.givimed@hin.ch
(vivement recommandé car 2 nouveaux médecins commencent le 1^{er} février 2025)

Tholos, Route du Pâqui 5, 1720 Corminboeuf, Tél. 026 475 91 91, e-mail : info-tholos@hin.ch

Medbase, Rue Louis-d'Affry 2, 1700 Fribourg, Tél. 026 309 28 30, e-mail : fribourg@medbase.ch

Je choisis de conserver mon dossier médical chez moi

E-mail :

Autre : (svp, merci de le préciser ci-dessous)

Nom de l'établissement ou du professionnel :

Adresse :

Téléphone :

E-mail :

IMPORTANT : Afin que votre dossier médical soit accepté et que nous puissions le transférer, veuillez impérativement prendre un rendez-vous dans le cabinet désiré au plus tard d'ici le 18 décembre 2024.

Je comprends et accepte les points suivants :

- Le transfert de mes informations médicales sera effectué en conformité avec les règles de confidentialité et de sécurité des données personnelles, conformément à la réglementation sur la protection des données personnelles
- Ce consentement est valable jusqu'à la réalisation du transfert complet de mon dossier médical
- Le patient doit contacter son assurance maladie pour les informer de tout changement de médecin de famille. Cette démarche est importante afin que l'assurance puisse mettre à jour ses informations et garantir la bonne prise en charge des soins futurs. En informant l'assurance, le patient s'assure également que les remboursements et les services associés seront effectués correctement et sans interruption.

Signature du patient :

Signature :

Date :