

Renonciation à la représentation d'un patient**Coordonnées**

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

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____

NPA / localité * : _____ Tél. * : _____

E-mail * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

Souhaite renoncer à la procuration de représentation octroyée par le patient :

Nom * : _____ Prénom * : _____

Rue / N° * : _____

NPA / localité * : _____ Tél. * : _____

E-mail * : _____

Date de naissance * : _____ Sexe * : M F

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

En tant que représentant susmentionné, je suis actuellement autorisé à représenter légalement le patient dans la gestion de son DEP (Dossier Électronique du Patient) comme s'il agissait par lui-même pour toutes les tâches relevant de la gestion du DEP.

En renonçant à ladite procuration, je suis conscient(e) que je perdrai mon droit d'accès au DEP du patient et, en particulier, ne pourrai plus :

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

Dans le cas où le patient a octroyé une procuration de gestion de son Dossier Santé à plusieurs représentants, seule ma procuration sera 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 renoncer à la procuration qui m'a été octroyée par le patient, ce qui implique que je ne pourrai ainsi plus accéder à son Dossier Santé ni le gérer :

Lieu, date* : _____

Signature représentant* : _____

Les données personnelles contenues dans ce document sont collectées uniquement afin de garantir une suppression correcte et rapide de votre accès à Mon Dossier Santé en tant que représentant du patient susmentionné. 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.