

Remplir ce formulaire pour autoriser la cellule de coordination HANDIDENT La Réunion à recueillir les informations médicales.

- Si vous avez des questions, appelez-nous au **02.62.71.07.64 Mme Jessica FONTAINE.**

Prochaine étape

Envoyez-nous votre formulaire dûment rempli à l'adresse **électronique** suivante :

contact@handident.re

1 Coordonnées du patient

Titre :

☐ M. ☐ Mme

Prénoms du patient

Nom du patient

Date de naissance JJ/MM/AAAA

Ou son représentant :

Nom de l'aidant, parent ou tuteur

(si patient n'est pas apte à répondre au formulaire ou si le patient a moins de 16 ans)

Relation avec le patient

Adresse Postale du Patient :

Code postal :	Ville :

Adresse électronique

2 Déclaration et consentement du patient

1. Objet du consentement

Dans le cadre de l'accompagnement proposé par HANDIDENT La Réunion, certaines données médicales et informations de santé peuvent être recueillies, échangées ou utilisées, uniquement lorsque cela est nécessaire, pour la coordination du parcours de santé orale de l'utilisateur.

Cet accès a pour finalité de :

- Faciliter l'organisation des rendez-vous et des soins ;
- Améliorer la coordination entre les professionnels de santé intervenant dans la prise en charge ;
- Adapter les soins aux besoins spécifiques de l'utilisateur ;
- Assurer la continuité, la sécurité et la qualité des soins.

2. Base légale et protection des données

Le traitement des données est réalisé conformément à la réglementation en vigueur, notamment :

- Règlement (UE) 2016/679 du 27 avril 2016 (RGPD) ;
- Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée ;
- Code de la santé publique.

Les données de santé étant des données sensibles au sens de l'article 9 du RGPD, elles sont traitées uniquement dans la limite de ce qui est strictement nécessaire à la coordination du parcours de soins.

3. Confidentialité

Je suis informé(e) que :

- seules les personnes habilitées pourront accéder aux informations nécessaires ;
- mes données ne seront utilisées que pour les finalités indiquées ;
- des mesures de sécurité sont mises en place.

4. Droits de l'utilisateur

Conformément au RGPD, je dispose :

- d'un droit d'accès ;
- d'un droit de rectification ;
- d'un droit à la limitation ;
- d'un droit d'opposition lorsque la loi le permet ;
- du droit de retirer mon consentement à tout moment ;
- du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Responsable du traitement : [Cellule de coordination HANDIDENT](#) La Réunion Coordonnées : contact@handident.re.

Déclare avoir reçu des informations claires, adaptées et compréhensibles concernant l'aide à la coordination du parcours de santé orale proposé.

Il m'a été expliqué :

- les objectifs du suivi médical et paramédical ;
- les soins, examens ou accompagnements envisagés ;
- les bénéfices attendus ;
- les éventuels risques ou contraintes ;
- les alternatives possibles ;
- mon droit de poser des questions et d'obtenir des explications complémentaires ;
- mon droit d'accepter, de refuser ou d'interrompre ce parcours de soins.

Je reconnais que les informations m'ont été présentées de manière adaptée à ma situation.
J'accepte librement la mise en place du parcours de soins proposé.

☐ Oui

☐ Non

J'autorise également, l'échange d'informations utiles entre les professionnels intervenant dans mon parcours, dans le respect du secret professionnel et de la confidentialité.

☐ Oui

☐ Non

Je reconnais avoir reçu une information claire, compréhensible et adaptée concernant l'utilisation de mes données de santé.

☐ Oui, je consens à ce que Handident la Réunion accède aux données médicales nécessaires à la coordination de mon parcours de soins.

☐ Non, je ne consens pas.

Je comprends que je peux retirer ce consentement à tout moment.

Fait le :

Signature

Précisez nom prénom avec la mention « lu et approuvé ».