

Formulaire de Consentement de l'Usager.ère (patient.e)

Maison Médicale Collectif Santé 1040 ASBL

La Maison Médicale Collectif Santé 1040 ASBL respecte le Règlement Général de Protection des Données et respecte donc vos droits en ce qui concerne la protection de vos données personnelles (données d'identification, de mutuelle et de santé). Certains services et actions dans le cadre de nos activités doivent désormais faire l'objet d'un accord de votre part. Ce formulaire reprend la liste de ces services. Nous vous invitons à le lire et à marquer votre accord par une croix dans chaque case que vous jugez adéquate. Si vous ne désirez pas que nous utilisions vos données pour certains de ces points, laissez simplement la case vide.

Je soussigné(e) :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

E-mail :

Adresse :

...souhaite :

- Que les médecins de la maison médicale aient accès à mon dossier médical sur la plateforme électronique du Réseau Santé Bruxellois (« réseau de partage d'informations, qui relie tous les hôpitaux belges avec les médecins extra hospitaliers, et permet de répertorier certains documents médicaux des patients ») ;
- Qu'à chaque modification significative de mon état de santé ou de mes traitements médicaux, mon médecin traitant envoie un résumé de mon dossier médical (Sumehr), dont le contenu aura été discuté avec moi, sur la plateforme du réseau santé Bruxellois ;
- Que mes données de vaccination soient enregistrées sur la plateforme e-vax ;
- Être contacté.e dans le cadre de campagnes de prévention (vaccination grippe, dépistages, etc.) ;
- Être informé.e des activités proposées par la maison médicale ;
- Recevoir des invitations à participer à des projets de recherche ;
- Autoriser le traitement statistique anonyme de mes données.

A ces sujets, j'accepte d'être contacté.e :

- Par email
- Par courrier
- Par téléphone

Eventuels commentaires :

Notre maison médicale permet également aux patient.e.s qui le souhaitent de devenir membres "sympathisant.e.s" de l'ASBL, ce qui implique la possibilité de participer aux Assemblées Générales de l'ASBL. Votre expertise en tant que patient.e est importante pour définir les besoins de santé de la population du quartier et la meilleure façon d'y répondre. Si vous souhaitez devenir membre sympathisant, mentionnez-le ci-dessous :

- Je souhaite devenir membre sympathisant de l'ASBL et joins à ce formulaire une copie de la charte de l'ASBL signée.

Fait à Etterbeek en 2 exemplaires le

Signature de l'utilisateur