

## Formulaire de consentement pour la transmission des données à caractère personnel relatives à la santé par voie électronique par PsyPluriel, dans le cadre de l'application Mood Companion

Ce formulaire permet d'enregistrer le consentement éclairé du patient pour l'échange de données à caractère personnel relatives à la santé, par voie électronique, dans le cadre de la prise en charge de la santé de ce patient par PsyPluriel - centre européen de psychologie médicale ainsi que dans le cadre de l'usage de l'application Mood Companion.

Ce formulaire soutient la gestion des liens thérapeutiques entre un patient et son médecin, dans le cadre de l'échange de données de santé (conformément aux principes relatifs à la preuve d'une relation thérapeutique tels que repris dans la délibération n°11/088 de la section Santé du Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé).

Pour le patient et le médecin, un échange électronique de données à caractère personnel relatives à la santé permet d'éviter bon nombre de charges, tant physiques qu'administratives, dans la mesure où des prescriptions de soins, des demandes de remboursement de soins ou des renvois, par exemple, peuvent être effectués de manière beaucoup plus rapide.

Le médecin peut également, dans ce cadre, transmettre tout élément qu'il jugera nécessaire dans le cadre d'un suivi médical conformément aux règles déontologiques et médicales, par le biais électronique.

Compte tenu de ce qui précède, le présent formulaire de consentement est complété par le patient ou son représentant pour les patients mineurs.

Prénom : .....

Nom de famille : .....

Date de naissance : .....

Cochez la case adéquate :

Je suis le patient

Je suis le parent/tuteur du patient mineur

Les parents d'enfants mineurs peuvent assurer la gestion pour leurs enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.

Par ma signature, je déclare donner mon accord à PsyPluriel - centre européen de psychologie médicale pour la transmission des différentes données médicales me concernant, par voie électronique sur mon adresse email

.....

J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir au fait que mes données médicales me seront transmises par voie électronique.

J'ai pu poser les questions que je souhaitais.

Le présent consentement est valide tant et aussi longtemps que j'aurais recours aux services de PsyPluriel - centre européen de psychologie médicale et plus particulièrement, dans le cadre de l'utilisation de l'application Mood Companion. Je comprends également que je ne suis pas obligé(e) de donner ce consentement et que je peux le révoquer à quelque moment que ce soit.

Signature : .....

Date : .....