

Consentement à la transmission d'informations à des tiers

Patient / Patiente Date de naissance

Adresse Numéro de téléphone

Motif du traitement E-mail

Nom de l'ergothérapeute

Vous êtes pris en charge dans notre établissement pour un traitement ergothérapeutique. Ou vous êtes le/la partenaire du patient / de la patiente ou les parents de l'enfant qui suit un traitement ergothérapeutique chez nous.

En tant que professionnels de santé reconnus par la loi, nous sommes soumis au secret professionnel. Afin de garantir un traitement de qualité coordonné du patient, il est judicieux et nécessaire que les personnes impliquées se concertent. Afin que nous puissions nous concerter avec d'autres personnes ou groupes professionnels sur le traitement de notre patient, il nous faut votre consentement.

Les concertations concernent uniquement les informations nécessaires pour atteindre l'objectif thérapeutique. Nous garantissons un traitement discret et respectueux de ces données. Si les données sont transmises par voie électronique, nous utilisons en principe un canal sécurisé avec la plateforme HIN.

Avec ce formulaire, vous nous exemptez du secret professionnel exclusivement vis-à-vis des personnes ou groupes de personnes suivants:

Groupe professionnel	Nom	Numéro de téléphone	E-mail (le cas échéant)
Médecin			
Psychiatre			
Personnel soignant ASD			
Employeur			
Service social			
Autres professionnels			
Proches et personnes de soutien dans l'environnement du patient / de la patiente			
Enseignant / Enseignante			
Autres thérapeutes: psychomotricité, logopédie, physiothérapie			
Service de psychologie scolaire			
Pédopsychiatre			

Lieu, date Signature