INSELSPITAL
UNIVERSITÄTSSPITAL BERN
HÔPITAL UNIVERSITAIRE DE BERNE

ZENTRUM FÜR SELTENE KRANKHEITEN

Leitung
Prof. Dr. med. Jean-Marc Nuoffer

Déclaration de consentement pour une consultation Centre des maladies rares

Vous avez lu les informations destinées aux patients du Centre des maladies rares de l'Hôpital universitaire de Berne (Inselspital) et souhaitez prendre contact avec notre centre.
Par la présente, je consens à ce que mes informations et mes résultats médicaux soient partagés et discutés de manière approfondie au sein de l'équipe médicale multidisciplinaire de l'Inselspital de Berne.
J'autorise également l'analyse scientifique de mes informations et de mes résultats médicaux sous forme codée, à des fins d'assurance qualité et d'amélioration de la prise en charge médicale.
Votre consentement est indispensable pour que nous puissions traiter votre demande dans le cadre de l'évaluation effectuée par le Centre des maladies rares.
Veuillez remplir soigneusement vos coordonnées.

Nom de famille, Prénom ……
Date de naissance ……
Adresse ……
Code postal, localité ……..
Numéro de téléphone ……
Adresse e-mail ……
Assurance maladie ……
Numéro d'assuré(e) ……..

J'autorise par la présente le Centre des maladies rares de l'Hôpital universitaire de Berne (Inselspital) à recueillir des renseignements médicaux me concernant auprès d'autres médecins et hôpitaux auprès desquels je suis actuellement ou j'ai été précédemment pris(e) en charge, ainsi qu'à demander les dossiers médicaux correspondants.

J'autorise ces médecins et hôpitaux à fournir les renseignements demandés et à transmettre les dossiers médicaux concernés. Je les délie, à cet effet, de leur obligation de respecter le secret médical.

Veuillez remplir soigneusement vos coordonnées ! Nous avons besoin de votre adresse e-mail et de votre numéro de téléphone afin de pouvoir contacter votre médecin de famille.

Nom du médecin ……
Adresse e-mail ……
Adresse ……
Numéro de téléphone ……

Inselspital, Zentrum für seltene Krankheiten, INO F, Freiburgstrasse, CH-3010 Bern, www.seltenekrankheiten.ch
Ärztliche Leitung: Prof. Dr. med. Jean-Marc Nuoffer
Sekretariat: Dominique-Lea Rowedder, Telefon: +41 31 664 07 77 Email: rare@insel.ch

Je confirme que:

- j'ai reçu la notice d'information destinée aux patients (version 1) correspondant à cette déclaration de consentement ;
- j'ai été informé(e) que mon consentement est donné sur une base volontaire ;
- je sais que je peux révoquer ce consentement à tout moment, sans avoir à en indiquer les raisons ;
- je sais que mes données seront utilisées sous forme codée à des fins d'assurance qualité.

Lieu, date, ……

Signature juridiquement valable de la patiente / du patient / de la personne concernée ou de son représentant légal autorisé.

……