

(coller l'étiquette patient)

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Né(e) le :/...../.....

Reconnais avoir été informé(e) :

- ☞ de la conservation des données personnelles et médicales de mon dossier patient selon les durées légales (minimum de 20 ans),
- ☞ et de leur transmission aux correspondants de mon parcours de soins sur les plateformes régionales et nationales, aux tutelles (ARS*, HAS*, ministère, etc.) ou professionnels de santé concernés (EFS*, LABM*, etc.) permettant de garantir la qualité et la continuité des soins.

Date :/...../.....

Signature obligatoire :

La Polyclinique du Parc Dreyon disposant d'un système informatique destiné à favoriser la qualité et la continuité de votre prise en charge, notamment en cas de nouveau séjour, s'engage à ne transmettre aucune information vous concernant à des fins commerciales ou autres que professionnelles.

Conformément à la Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés modifiée par la Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 (art. 39 et 40), et la Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (art. L. 1111-7), **vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des informations qui vous concernent.**

Vos données personnelles sont protégées conformément au Règlement Européen (UE) n° 2016/679 du 27 avril 2016 (entré en application le 25 mai 2018) relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

* **ARS** : Agence Régionale de l'Hospitalisation

* **HAS** : Haute Autorité de Santé

* **EFS** : Etablissement Français du Sang

* **LABM** : Laboratoire d'Analyses de Biologie Médicale