**Document RGPD – Confidentialité**

**Rendre une information de santé confidentielle**

Je soussigné

Nom et prénom du patient : …………………………………………………………………………………………………

Numéro de Registre National du patient : ……………………………………………………………………………

demande à

Nom de l’acteur de santé : ……………………………………………………………………………………………………….

Numéro INAMI (de l’acteur de santé) : …………………………………………………………………………………….

en date du …. /…. /…………

de ne pas partager l’information de santé (préciser ce dont il s’agit) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

via mon Dossier de Santé Partagé, que ce soit dans un rapport de consultation, dans le résumé de santé (SumEHR) ou dans une note journal, ni d’aucune manière au travers des Réseaux Santé.

Je suis conscient que cette information restera reprise dans le dossier médical tenu par l’Acteur de Santé, nommé ci-dessus, et elle ne sera pas connue par les autres prestataires de soins qui me prennent en charge au travers des Réseaux Santé.

Je suis informé que :

* Cela peut générer du retard dans ma prise en charge,
* L’information pourrait néanmoins être partagée sur base de déclaration obligatoire légale, applicable à l’Acteur de Santé.

Signature du patient Signature/cachet de l’acteur de santé  
+ date + domaine d’activité  
 + date

*Document fait en 2 exemplaires (dont une copie est remise au patient)*