**Document RGPD**

**Mode de communication**

**Communiquer 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 me communiquer l’information de santé (préciser ce dont il s’agit) :

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

Via le moyen de communication exceptionnel suivant : ………………………………………………………………………..

La prescription médicale ne fait pas partie de ce type d’information compte tenu de la mise en place de la ePrescription.

Ce document signé est une preuve que le soussigné est informé des dangers de l’utilisation de moyens de communications non sécurisés et prend la totale responsabilité en cas de violation de cette donnée sensible en dehors de l’infrastructure de l’acteur de santé.

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

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