



PROTECTION DE DONNÉES À CARACTÈRE PERSONNEL

Dossier Médical:		
Autorisation de registre des données personnelles		
Nom et prénom du patient:		
Date de naissance:	Numéro P.I :	
Adresse:		Localité:
Numéro de téléphone:		Code postal:

L'information suivante a pour unique objectif de vous offrir la protection qui a été établie par la Loi pour le respect de vos droits, dans le traitement de vos données personnelles. Ce traitement de données personnelles est nécessaire pour vous fournir la meilleure prestation d'assistance possible, en s'acquittant des obligations légales et administratives pertinentes en relation avec les services fournis.

*Nous vous informons que les données personnelles fournies dans ce document, ainsi que les données auxquelles nous pourrions avoir accès, incluant les données de santé, liées aux actes cliniques du processus d'hospitalisation, seront traitées par la SA Clinique du Dr Jean CAUSSE
FINESS 340780139 située 3 traverse de Béziers – 34440 Colombiers – France
Téléphone 04 67 35 63 21 et adresse email contact@clinique-causse.com
Vous pouvez contacter le Délégué de protection de données au moyen d'un courrier électronique à contact@clinique-causse.com*

Vos données seront traitées dans différents buts : 1) Vous donner la meilleure assistance sanitaire, administrative et personnel possible, sur la base légale de votre consentement express et de l'exécution de mesures contractuelles. 2) si vous l'autorisez, communiquer, y compris par courrier électronique, aux proches / personnes de référence autorisées à recevoir l'information, sur les patients propriétaires des données et sur les diverses activités ou services de la SA Clinique Jean CAUSSE et des professionnels et/ou des sociétés médicales avec lesquelles la Clinique collabore, sur la base légale de votre consentement express. 3) si vous l'autorisez, vous maintenir informé des produits et services qu'offre la Clinique et les professionnels et/ou les Sociétés médicales avec lesquelles elle collabore, qui s'occupent de l'activité sanitaire, pouvant le faire au moyen d'un courrier électronique ou d'autres moyens de communication sur support papier et/ou digital, sur la base légale de votre consentement express. 4) si vous l'autorisez, contrôle de qualité et des améliorations des pratiques des services rendus et évalués sur la base légale de votre consentement express. 5) toutes ces activités légitimes que nous pourrions exercer comme Responsable du traitement des données

Les données personnelles générées se conserveront durant le temps nécessaire afin de pouvoir répondre aux obligations légales et contractuelles selon la réglementation en vigueur à tout moment. Les données pourront être cédées sous une forme limitée par la loi et par ce document aux tutelles et organismes dépendants du Ministère de la Santé; aux personnes, entreprises et/ou les organisations qui sont responsables du paiement de votre assistance sanitaire; elles peuvent aussi être cédées à d'autres entités ou professionnels liés aux services reçus dans chaque processus sanitaire et/ou d'assistance. De la même manière nous vous informons que ces données peuvent aussi être requises et cédées aux institutions publiques en concurrence en matière de santé et/ou d'activité d'assistance, selon la législation sectorielle en vigueur, et à des entités publiques et privées auprès desquelles existe une concertation ou un contrat de transfert de l'information sur des personnes.

⑥

Le patient manifeste son accord et autorisation pour recevoir des visites et des appels de ces personnes qui peuvent avoir un intérêt dans son séjour dans la Clinique, de la même manière, il autorise le parent qui signe comme "Personne de confiance" et les personnes suivantes à recevoir l'information sur son séjour dans la Clinique ainsi que la communication de données dérivées de sa prestation sanitaire :

1. _____
2. _____
3. _____

Également dans la partie inférieure du document est demandée l'autorisation pour la **SA Clinique Jean CAUSSE** d'utiliser votre image personnelle pendant votre séjour d'assistance dans des buts informatifs, de documentation et divulgation pour des moyens comme des revues, des articles de recherche, des mémoires annuels, environnement web et intranet relatifs en la propre **SA Clinique Jean CAUSSE** ou avec les professionnels et/ou les Sociétés médicales avec lesquelles elle collabore. Les dites images peuvent être annulées à tout moment au moyen d'une communication de l'intéressé ou de son représentant légal.

Nous vous informons de votre pouvoir d'exercer les droits d'accès, de rectification, d'annulation, de limitation, d'opposition, à retirer le consentement octroyé si c'était nécessaire,

Par ce document, le patient donne son consentement et son autorisation pour que la **SA Clinique Jean CAUSSE** traite ses données personnelles dans le but de lui offrir les services sanitaires demandés, incluant ceux de santé, en conformité avec les éléments exposés ci avant, dans la bonne lecture et compréhension du contenu

Lu et conforme, date : _____

J'autorise la SA Clinique Jean CAUSSE à me tenir informé de ses produits et services offerts par la Clinique, les professionnels et/ou les Sociétés médicales avec lesquelles elle collabore.

J'autorise la SA Clinique Jean CAUSSE à communiquer avec moi pour réaliser des contrôles de qualité et des améliorations des services offerts.

J'autorise la SA Clinique Jean CAUSSE à utiliser mon image dans les limites exprimées dans ce document.

Le titulaire

Le responsable du patient:

Nom et prénom

Le représentant légal:

Nom et prénom

Lien de parenté

Lien de parenté

(Signature du titulaire)

(Signature du responsable du patient ou du représentant)