

Demande d'ajout d'une représentante ou d'un représentant

Veuillez remplir les informations ci-dessous en lettres majuscules

Informations concernant la personne représentée (propriétaire du DEP):

Prénom :

Nom :

Rue / numéro :

NPA / localité

Pays de résidence

N° de téléphone portable :

Adresse e-mail :

Date de naissance :

Sexe : H F

N° AVS :

Type de représentation :

- Je représente une personne de moins de 16 ans
- Je représente une personne de plus de 16 ans
- Je représente une personne de plus de 16 ans incapable de discernement

Informations concernant la représentante ou le représentant :

Prénom :

Nom :

Rue / numéro :

NPA / localité

Pays de résidence

N° de téléphone portable :

Adresse e-mail :

Date de naissance :

Sexe : H F

Je confirme que j'ai le droit de représenter la personne pour laquelle je fais cette demande.

Je confirme avoir reçu et lu les informations sur le but et le fonctionnement du DEP ainsi que sur les droits de la détentrice ou du détenteur du DEP, de sa représentante ou de son représentant, et j'en accepte le contenu (selon document d'information à l'ouverture d'un DEP, disponible sur www.cara.ch). En particulier, j'ai pris connaissance des possibilités suivantes :

- attribuer des niveaux de confidentialité aux informations de santé,
- octroyer des droits d'accès à des professionnelles et professionnels de la santé,
- demander à des professionnels de la santé de ne pas faire figurer certains documents dans le DEP,
- révoquer en tout temps le consentement à l'ouverture du DEP sans motiver ma décision, avec l'assurance que toutes les données qui y figurent seront effacées.

J'ai compris que CARA peut avoir recours à des tiers pour accomplir ses tâches, en particulier celles liées aux infrastructures et aux applications informatiques.

J'ai compris que, sauf indication contraire de ma part :

- les professionnels de la santé qui suivent le propriétaire du DEP peuvent transférer toutes les données pertinentes en rapport avec sa santé dans son DEP,
- le niveau de confidentialité « normal » est automatiquement attribué aux nouvelles données enregistrées dans son DEP,
- les droits d'accès que j'ai attribués s'appliquent pour une durée indéterminée,
- en cas d'urgence médicale, les professionnels de la santé peuvent accéder aux données du niveau de confidentialité « normal » même sans avoir reçu de droit d'accès,
- les personnes qui intègrent un groupe de professionnels de la santé reçoivent automatiquement les droits d'accès accordés à ce groupe.

Conformément à la Loi fédérale sur la protection des données, je dispose d'un droit étendu d'information, de rectification et de suppression des données.

La détentrice ou le détenteur du DEP peut mettre fin à la représentation en tout temps pour autant qu'elle ou il dispose de la capacité de discernement.

Par ma signature, je consens à devenir représentante ou représentant pour le DEP que j'ai indiqué :

Lieu, date :

Signature de la représentante
ou du représentant

Annexes

- copie de la pièce d'identité de la détentrice ou du détenteur du DEP (recto verso)
- copie de la pièce d'identité de la représentante ou du représentant (recto verso)
- Preuve du lien de représentation :
 - certificat de famille
ou
 - procuration signée par le détenteur du DEP de plus de 16 ans ayant sa capacité de discernement
ou
 - attestation de représentation ordonnée par l'autorité (tutelle, curatelle, etc.)

Ce formulaire est à renvoyer avec les annexes nécessaires à :

Association CARA
Route de la Corniche 3a
1066 Épalinges