

Je soussigné(e), Madame, Monsieur (*rayez la mention inutile*)

Nom d'usage et prénom

Nom de naissance :

Date de naissance :

Déclare autoriser :

- le Docteur, chirurgien, avec l'aide d'un anesthésiste à pratiquer toute intervention nécessitée par mon état.
- la Clinique du Sport de Bordeaux-Mérignac à commander et à régler pour mon compte tout équipement de prothèse nécessaire aux soins qui me seront prodigués.

Divulgation de votre présence :

Je demande que ma présence ne soit pas divulguée pendant mon hospitalisation

Si cette case est cochée aucun appel téléphonique ne sera transmis et aucun visiteur ne sera informé de votre présence

Informatique et libertés

Ce service hospitalier dispose d'un système informatique destiné à faciliter la gestion des dossiers des patients et à réaliser, le cas échéant, des travaux statistiques à usage du service.

Les informations recueillies lors de votre consultation ou de votre hospitalisation, feront l'objet, sauf opposition justifiée de votre part, d'un enregistrement informatique. Ces informations sont réservées à l'équipe médicale qui vous suit ainsi que pour les données administratives, au service de facturation.

Conformément aux dispositions de la loi Informatique et Libertés*, vous pouvez obtenir communication des données vous concernant en vous adressant au responsable de cet établissement ou (indiquer le service concerné ou la personne désignée à cet effet).

Tout médecin désigné par vous peut également prendre connaissance de l'ensemble de votre dossier médical.

*Loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés

Mérignac, le :

Signature :