Notice sur la Gestion et la Protection des Données à Caractère Personnel

Cher Patient,

Nous accordons une grande importance à la confidentialité et à la sécurité de vos données à caractère personnel. Cette notice a pour but de vous informer sur la manière dont nous collectons, utilisons, divulguons, stockons et protégeons vos informations.

1. Collecte des Données à Caractère Personnel :

Nous collectons des données à caractère personnel vous concernant dans le but de fournir des soins de santé de qualité. Cela peut inclure, mais sans s'y limiter, vos coordonnées, votre historique médical, vos antécédents familiaux et les informations liées à vos consultations.

2. Utilisation des Données :

Vos données seront utilisées dans le cadre de votre traitement médical, pour l'établissement de diagnostics, la planification de traitements et la coordination des soins entre les professionnels de santé impliqués dans votre prise en charge.

3. Divulgation des Données :

Vos données ne seront divulguées qu'à des tiers autorisés, tels que des spécialistes médicaux consultants ou des laboratoires d'analyses, dans le cadre de votre traitement. Elles ne seront en aucun cas vendues ou partagées à des fins commerciales.

4. Stockage et Conservation des Données :

Vos données seront stockées de manière sécurisée et conforme aux lois et régulations en vigueur en matière de protection des données. Nous nous engageons à les conserver pendant la durée nécessaire à la réalisation des finalités pour lesquelles elles ont été collectées.

5. Sécurité des Données :

Nous mettons en place des mesures de sécurité rigoureuses pour protéger vos données contre tout accès non autorisé, altération, divulgation ou destruction.

6. Vos Droits :

Vous avez le droit d'accéder à vos données, de les rectifier, de les supprimer ou de vous opposer à leur traitement. Pour exercer ces droits, veuillez nous contacter.

Je soussigné(e), [Nom du Patient], déclare avoir pris connaissance et compris les informations ci-dessus concernant la gestion et la protection de mes données à caractère personnel.

Signature du Patient : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Je soussigné(e), [Nom du Médecin], atteste avoir informé le patient des modalités de gestion et de protection de ses données à caractère personnel et m'engage à respecter ces dispositions.

Signature du Médecin : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cette notice entre en vigueur à compter de sa signature par les parties concernées.

Veuillez conserver une copie de ce document pour vos archives.

N.B. : Cette notice est conforme aux lois et réglementations en vigueur au [Pays/Ville]. Les lois et réglementations locales peuvent avoir des exigences spécifiques en matière de protection des données. Veuillez consulter les autorités locales compétentes pour plus d'informations.