Formulaire de consentement du patient

Qlick and Care

1. Consentement aux prestations

Je consens à bénéficier des prestations proposées par Qlick and Care Physio. Je peux poser des questions à tout moment et signaler toute information utile à ma prise en charge.

2. Protection des données et secret professionnel

- Je consens au traitement de mes données administratives et médicales nécessaires à ma prise en charge, au suivi thérapeutique, à la facturation et à la coordination des soins.
- L'accès à mes données est limité aux professionnels et au secrétariat impliqués dans ma prise en charge.
- Les informations nécessaires peuvent être transmises aux professionnels de santé concernés, aux assureurs et aux prestataires autorisés, dans les limites légales.
- Les données médicales sont protégées par le secret professionnel et les règles applicables en matière de protection des données.
- Je peux demander des informations sur le traitement de mes données ainsi que leur rectification, conformément à la réglementation en vigueur.

3. Communications administratives

Les communications administratives peuvent concerner notamment la confirmation, l'annulation ou le report de rendez-vous, ainsi que les demandes de documents administratifs. Les informations médicales sensibles ne devraient pas être transmises par courriel non chiffré, sauf nécessité particulière et accord adapté.

☐ **J'accepte**	d'être contacté(e) par téléphone, SMS ou courriel pour les aspects administratifs, y compris par courriel non chiffré lorsque cela est nécessaire.
☐ **Je refuse**	l'utilisation du courriel non chiffré pour les communications administratives ; je privilégie alors le téléphone ou un autre moyen convenu avec le secrétariat.

4. Prescription, assurance et facturation

- Je m'engage à fournir une prescription valide, lorsque celle-ci est requise, ainsi que les informations complètes nécessaires à la prise en charge par mon assurance.
- À défaut des documents requis après la troisième séance, les prestations pourront m'être facturées directement.
- Les prestations hors convention ou non prises en charge par l'assurance sont facturées selon les tarifs applicables du centre concerné.

5. Droits, devoirs, voies de recours et signature

J'ai pu prendre connaissance des droits et devoirs du patient ainsi que des voies de recours disponibles dans les différents centres. J'ai lu et compris le présent formulaire et je donne mon consentement pour les éléments décrits ci-dessus.

Nom, prénom et date de naissance du patient	
Lieu et date	
Signature du patient / représentant légal	
Nom du représentant légal, si applicable	