

AUTORISATION DE LA PERSONNE DE CONFIANCE D'UN PATIENT MAJEUR A GERER SON COMPTE Mon GHT

Conformément à l'article 2 du contrat d'inscription au service Portail Patient MonGHT, en cas d'impossibilité ou de difficultés pour le patient majeur à accéder/utiliser le service ainsi proposé, il pourra s'il le souhaite autoriser par écrit lors de son inscription, ou plus tard, sa personne de confiance à gérer son espace patient MonGHT.

Je, soussigné(e), patient(e) du CH Alpes Léman:

M./Mme/Mlle _____

né(e) le ____ / ____ / _____ à

autorise ma personne de confiance, ci-après désignée à gérer mon portail patient MonGHT pour moi. :

M./Mme/Mlle _____ né(e) le ____ /
____ / _____ à _____ e-mail

Ma personne de confiance pourra ainsi, accéder au service Internet sécurisé Portail Patient MonGHT et renseigner à ma seule demande mon coffre-fort santé, à savoir:

- Effectuer toutes démarches administratives pour moi auprès du CH Alpes léman,
- Saisir des informations sur ma santé et mon suivi (poids, taille, contacts, événements, allergies, examens...) dans mon coffre-fort santé,
- Visualiser les courriers liés à ma prise en charge médicale transmis par l'hôpital (comptes rendus, lettres de sorties, rendez-vous, résultats...),
- Recevoir des informations ciblées sur ma pathologie,
- Répondre à des enquêtes de satisfaction transmises par le CH Alpes Léman.

J'ai été informé que cette autorisation permet à ma personne de confiance d'accéder à ma demande à certaines de mes données personnelles de santé, dans le seul but de m'aider dans mes échanges avec le CH Alpes Léman. **Si je souhaite désigner une autre personne de confiance ou révoquer la présente autorisation, j'en informerai le CH Alpes Léman à :**

Service support Portail Patient MonGHT
CH Alpes Léman
558 Route de Findrol, 74130 Contamine sur Arve

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature du patient

Signature de la personne de confiance

CH Alpes Léman

AUTORISATION PAR LE PATIENT MAJEUR A PARTAGER SES DONNEES DE SANTE AVEC LES PROFESSIONNELS DE SANTE

J'autorise les professionnels de santé qui participent à ma prise en charge à visualiser mes données de santé saisies dans le portail patient MonGHT nécessaires à mon suivi médical.

Fait à _____ le ____ / ____ / _____

Signature du patient