F010 – Inscription patient au Réseau Santé Bruxellois

1. Personne concernée (patient)

Prénom(s)* : Nom de famille* :

Numéro National* : Date de naissance* :

Email : Sexe* : ☐ M ☐ F

Adresse :

Demande librement l'inscription au Réseau Santé Bruxellois afin de permettre aux acteurs de santé avec lesquels il existe un lien thérapeutique d'échanger des documents de santé qui concernent le patient. Cette source d'informations médicales supplémentaires reste d'un accès facultatif pour les acteurs de santé et ne peut être considérée comme exhaustive.

L'inscription au Réseau Santé Bruxellois vaut consentement au partage des données au niveau national dans le cadre de la continuité de soins.

Je déclare avoir pris connaissance du Règlement Vie Privée (RVP) et m'engage à le respecter.

Document à envoyer daté et signé à : **info@abrumet.be** ou Rue de la montagne, 11 - 1000 Bruxelles.
Joignez une copie recto verso de la carte d'identité du patient.

Fait le

Signature du patient*

Les droits RGPD (accès, rectification...) du patient s'exercent auprès du responsable de traitement ou via le DPO d'Abrumet (dpo@abrumet.be), qui lui transmettra votre demande. Le RVP est accessible via ce lien.