## Déclaration de consentement concernant la transmission de données

Nous sommes tenues au secret professionnel. Dans différentes situations, il peut toutefois être nécessaire que nous transmettions des données qui vous concernent à des tiers.

A cet effet, nous vous prions de bien vouloir signer la présente déclaration de consentement.

* Je consens à ce que les données médicales / soignantes significatives me concernant puissent être transmises au médecin traitant / aux spécialistes traitants.
* Je consens à ce que la documentation de soins puisse être transmise à mon assurance dans une optique d’assurance-qualité et d’examen des prestations.
* Je consens à ce que des photographies soient prises au moyen d’un appareil photo numérique ou d’un smartphone dans une optique d’assurance-qualité et en vue de l’évaluation de la plaie.
* En contrepartie, la prestataire s’engage à ce que ces photographies soient exclusivement destinées à l’évaluation de la plaie et soient sécurisées et anonymisées.

Lieu, date : Le/la bénéficiaire de prestations :

………………………........................ …………………………………………..

Lieu, date : La prestataire :

………………………........................ …………………………………………..