



Je soussigné(e),, né(e) le autorise l'équipe d'accompagnement et médicale de la Maison Béthel à contacter mon médecin traitant ou tout autre médecin ou membre de mon réseau médical.

J'autorise que les informations concernant mon état de santé soient transmises à la Maison Béthel dans le but d'organiser et de faciliter ma prise en charge thérapeutique.

J'autorise inversement l'équipe d'accompagnement et médicale de la Maison Béthel à transmettre à mon réseau de soins ou à l'institution toutes les informations utiles à la poursuite de ma prise en charge, une fois mon séjour terminé à la Maison Béthel.

La Maison Béthel s'engage à traiter toutes les données médicales et personnelles conformément aux codes de déontologie médicale, à la Loi sur la protection des données (LPD) et aux règles de confidentialité d'usage.

Cette autorisation est valable depuis le processus d'admission à la Maison Béthel et s'étend à l'organisation de la fin de séjour.

Blonay, le

Signature :