



5

**Demande d'autorisation de prendre et d'utiliser une photographie numérique dans le cadre du Dossier médical informatisé**  
A renseigner par le patient

Madame, Monsieur,

Nous souhaitons obtenir votre autorisation afin de réaliser votre portrait numérique. Cette image sera utilisée dans le Dossier médical informatisé afin d'assurer un élément supplémentaire pour l'identitovigilance (système de surveillance et de gestion des risques et erreurs liés à l'identification des patients). Votre photographie est destinée à une utilisation exclusivement professionnelle, elle ne sera ni communiquée à d'autres personnes, ni vendue, ni utilisée à d'autres usages, dans le respect du formalisme de la loi Informatique et Libertés, avec l'autorisation de la Commission Nationale Informatique et Libertés (CNIL). Le libre accès aux données photographiques vous concernant est garanti. Vous pourrez à tout moment vérifier l'usage qui en est fait et disposer du droit de retrait de cette photographie si vous le jugez utile. Par conséquent, vous voudrez bien compléter le formulaire ci-dessous nous autorisant à faire votre portrait et à le mettre à disposition dans le dossier médical informatisé de la clinique.

Par avance, nous vous remercions pour votre collaboration.

La direction

Je soussigné(e)  Madame -  Monsieur (précisez le nom et prénom) : .....  
demeurant (indiquez votre adresse).....

autorise la Clinique du Dr Jean CAUSSE – 3 traverses de Béziers – 34440 Colombiers à :

- faire mon portrait (sous forme numérique),
- stocker cette image sur le serveur de l'établissement,
- diffuser cette image dans le cadre de l'identitovigilance du dossier médical informatisé.

N'autorise pas la Clinique du Dr Jean CAUSSE à prendre ma photo.

A Colombiers Nom/Prénom : .....

Le ...../...../..... Signature :

**Personne mineure (ou majeur sous tutelle)**

Je soussigné(e)  Madame -  Monsieur (précisez le nom et prénom) : .....  
demeurant (indiquez votre adresse).....

agissant en qualité de  Père  Mère  Tuteur  Autre (précisez) : .....

autorise  mon fils -  ma fille (précisez le nom et prénom) : .....

demeurant à : la même adresse-une autre adresse (indiquez son adresse).....

autorise la Clinique du Dr Jean CAUSSE – 3 Traverses de Béziers – 34440 Colombiers à :

- faire le portrait (sous forme numérique),
- stocker cette image sur le serveur de l'établissement,
- diffuser cette image dans le cadre de l'identitovigilance du dossier médical informatisé.

N'autorise pas la Clinique du Dr Jean CAUSSE à prendre une photo.

A Colombiers Nom/Prénom : .....

Le ...../...../..... Signature :