

Portail électronique MeinLUKS

Autorisation d'accès pour les représentants/représentantes

Mandant/mandante*

Nom, prénom: _____

Date et lieu de naissance: _____

Rue, numéro: _____

NPA, localité: _____

Suppléant/suppléante*

Nom, prénom: _____

Date de naissance: _____

Rue, numéro: _____

NPA, localité: _____

Téléphone portable: _____

Adresse e-mail: _____

*Pour une procuration valide, toutes les données personnelles doivent obligatoirement être complétées.

Par la présente, j'accorde à mon représentant/ma représentante le droit d'accéder aux documents de mon dossier médical sur le portail électronique MeinLUKS de l'hôpital cantonal de Lucerne (Luzerner Kantonsspital).

A cet égard, j'accorde l'autorisation d'accès suivante:

- Lecture seule** – mon représentant/ma représentante peut consulter mon dossier médical.
Il ou elle peut lire les informations, mais pas les modifier ni les gérer.
- Accès complet** – mon représentant/ma représentante peut consulter mon dossier médical et a le droit
- d'envoyer des demandes de rendez-vous,
 - de planifier des rendez-vous,
 - de télécharger le rapport médical succinct et de l'envoyer,
 - de visualiser et de gérer les rendez-vous passés et à venir.
- Accès complet avec droits d'administration par le représentant/la représentante (procuration)** – mon représentant/ma représentante a un droit d'accès complet et, en outre, le droit d'ajouter et de supprimer d'autres représentants/représentantes.

Veillez signer le formulaire au verso



Révocation de l'autorisation d'accès

Je peux révoquer les autorisations d'accès et les procurations à tout moment par le biais des méthodes suivantes:

- par voie électronique dans MeinLUKS (profil → paramètres du compte)
- en personne au LUKS (Lucerne, Sursee et Wolhusen) sur présentation d'une pièce d'identité (carte d'identité, passeport, permis de conduire)
- par écrit avec signature

Déclaration en cas d'accès complet

J'accepte que mon représentant/ma représentante puisse agir en mon nom et pour mon compte dans MeinLUKS.

Je suis conscient/consciente que les actions de mon représentant/ma représentante entraînent pour moi un droit direct ou une obligation directe (p. ex. prise de rendez-vous).

Le LUKS se réserve le droit de restreindre ou de supprimer certaines fonctions de MeinLUKS (p. ex. l'envoi de messages) pour les les représentants/représentantes.

La présente déclaration n'expire pas avec la perte de la capacité d'agir ou de juger ni en cas de décès.

J'ai lu et j'accepte les conditions d'utilisation de MeinLUKS.

Etiquette du patient

Lieu et date

le représentant/la représentante

- Pièce d'identité contrôlée par le secrétariat