

# 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: \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale \_\_\_\_\_

Numéro d'assurance sociale (n° AVS) du parent, pas de l'enfant ; vous le trouverez éga-lement sur votre carte d'assurance maladie)

\*Pour l'attribution de l'autorisation d'accès, 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.

Veuillez 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