



Consentement éclairé de traitement par le biais de la télélogopédie

Suite aux nouvelles dispositions mises en place par l'INAMI et les organismes officiels pour respecter les mesures de confinement liées au COVID-19, la télépratique assistée par vidéoconférence a été envisagée comme solution temporaire pour assurer la continuité des traitements en cours. De ce fait, votre prestataire de soins requiert votre acceptation pour continuer son traitement par vidéoconférence via la plateforme www.logopede.online.

Je, soussigné

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° NISS :

Je suis le patient traité

Je suis le responsable légal du patient traité

autorise par la présente le prestataire de soins

Nom :

Prénom :

N° INAMI :

à effectuer les séances de télélogopédie par le biais de la plateforme www.logopede.online et leur solution de vidéoconférence pour assurer la continuité du traitement du patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance : / /

N° NISS :

Je certifie que tous les renseignements fournis sont exacts et complets. Je comprends que toutes les informations fournies au prestataire de soins, même de le cadre de la télélogopédie, seront gardées confidentielles et que tout traitement et/ou transfert de mes données personnelles sera strictement réglementé par les conventions habituellement en vigueur et sur la base de la politique de protection des données médicales et personnelles. Je me rends également compte que la pratique des séances en télélogopédie est récente, inédite et temporaire, qu'elle pourrait présenter certaines limites et donc demander des adaptations de la part de mon thérapeute.

Date de la signature : / /

Signature *(précédé de la mention « lu et approuvé »)*

Lieu de la signature :