

## 1 Remplir l'adhésion patient



.. Toutes les explications ci-après ...

## 2 Effectuer le contrôle de l'identité du patient et indiquer le n° de la pièce d'identité sur l'adhésion



## 3 Faire signer l'adhésion par le patient ou son représentant légal

## 4 Envoyez l'original signé à l'adresse indiquée (par fax, e-mail ou courrier) et remettez une copie au patient, ainsi que le "[Formulaire d'information à l'attention des patients utilisant MonDossierMedical.ch](#)"



FAX : 022 546 50 99



MonDossierMedical.ch  
Direction générale de la santé  
Rue Adrien-Lachenal 8  
1207 Genève

## 5 Remettre au patient le formulaire d'information (plus complet que le dépliant)

 REPUBLIQUE ET CANTON DE GENÈVE  
Département de la sécurité, de l'emploi et de la santé  
Direction générale de la santé

 MonDossier  
Medical.ch  
Connecté à ma santé

**Déclaration d'adhésion de patient à MonDossierMedical.ch**  
 Demande de modification des droits d'accès pour patient déjà inscrit  
 Je ne souhaite pas accéder pour l'instant à mon dossier médical. J'ai la possibilité de demander cet accès en tout temps.

**1. Identité du patient**  
No de carte d'assuré : 807560 \_\_\_\_\_  
Nom : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Sexe:  M  F \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
NPA/Lieu : \_\_\_\_\_  
Tél. privé : \_\_\_\_\_  
Tél. portable : \_\_\_\_\_  
*(obligatoire pour recevoir un code de connexion par sms)*  
e-mail : \_\_\_\_\_  
*(indispensable pour récupérer un mot de passe oublié)*

**2. Droits d'accès**  
Je donne accès à mon dossier médical en ligne à :  
 Médecin(s) traitant(s) : \_\_\_\_\_  
*indiquer nom et prénom des médecins*  
 y compris cabinet médical  
 Autres cabinets médicaux : \_\_\_\_\_  
 Hôpitaux universitaires de Genève (HUG)  
Soins à domicile:  imad  autres \_\_\_\_\_  
 Pharmacie(s) : \_\_\_\_\_  
 Genève Médecins  Autres services d'urgence : \_\_\_\_\_  
 Autres professionnels de la santé : \_\_\_\_\_  
 Représentant(s) : \_\_\_\_\_

**3. Déclaration de consentement**  
J'ai lu et compris le « Formulaire d'information à l'attention des patients utilisant MonDossierMedical.ch », qui est joint à ma déclaration et en fait partie intégrante.  
J'ai pris note que, sauf avis contraire de ma part, je serai inscrit dans la communauté de référence du canton de Genève, au sens de la Loi fédérale sur le dossier électronique du patient, dès lors que le système informatique utilisé par la communauté remplacera MonDossierMedical.ch.  
J'ai compris mes droits et devoirs en relation avec l'utilisation de la plateforme et je donne explicitement mon consentement à la création, la mise à jour et l'utilisation de mon dossier électronique de patient sur MonDossierMedical.ch.

Carte d'identité  Passeport  Livret pour étrangers  \_\_\_\_\_  
Nationalité:  CH  Autre: \_\_\_\_\_  
Numéro de pièce d'identité: \_\_\_\_\_ (obligatoire)

Date : \_\_\_\_\_ Signature du patient

Signature du représentant légal s'il y a lieu  
NOM, PRENOM (EN MAJUSCULES)

Inscription réalisée par \_\_\_\_\_ (initiales),  
Timbre (obligatoire) de l'organisation ou du cabinet:

Veuillez renvoyer l'exemplaire signé à l'adresse ci-dessous:  
**Direction générale de la santé**  
MonDossierMedical.ch  
8, rue Adrien-Lachenal  
1207 Genève  
FAX : 022 546 50 99

Le présent consentement sera inséré dans votre dossier.  
Le « Formulaire d'information à l'attention des patients utilisant MonDossierMedical.ch » est disponible sur le site internet : [www.MonDossierMedical.ch](http://www.MonDossierMedical.ch)

Consentement\_patient\_v9.0

**1. Partie relative concernant le patient (éléments importants)**  
Indiquer le n° d'assuré du patient, n° de téléphone portable et adresse email.

**2. Partie relative concernant les droits d'accès**

**3. Indiquez le n° de sa carte d'identité (vous êtes responsable du contrôle de l'identité de la personne que vous inscrivez)**

**4. signature du patient et/ou de son représentant (juste en dessous). Le patient doit avoir sa capacité de discernement pour signer lui-même; auquel cas c'est à son représentant de le faire.**

**5. Tampon de votre organisation avec les initiales de la personne qui a procédé à l'enregistrement.**

**6. Envoie par fax, email et/ou par courrier de l'Adhésion à la DGS.**

**Pour tout renseignement, contacter le : 022 546 55 55**

