



Formulaire de consentement du Patient

Notice: **pour le Docteur Virginie DESGREZ**

Avant de procéder avec le rendez-vous, nous voulons vous expliquer comment nous documentons nos consultations. Nous utilisons un outil de prise de notes appelé **Heidi** pour consigner avec précision et efficacité les détails de nos échanges ainsi que les résultats de nos rendez-vous. **Heidi** nous permet de nous concentrer davantage sur notre conversation et moins sur la prise de notes manuelle, ce qui améliore la qualité des soins que vous recevez.

Votre consentement est essentiel pour que nous puissions utiliser cette technologie. Veuillez noter que vos informations seront traitées avec le plus grand soin, et que l'utilisation de **Heidi** a pour seul objectif d'améliorer votre expérience de soins.

Ce que vous devez savoir

L'objet de Heidi

- Heidi est utilisée pour vous aider à consigner votre consultation, en ne capturant que les informations nécessaires à la tenue de dossiers médicaux précis.
- Heidi soutient votre clinicien mais ne remplace pas son jugement professionnel. Toutes les décisions médicales relèvent uniquement de votre praticien.

Vos données personnelles

- Vos données sont traitées et conservées en Europe, conformément à loi « Informatique et Libertés » et au RGPD .
- Elles ne sont jamais utilisées à d'autres fins que celles prévues.
- Avant toute utilisation, elles font l'objet d'un processus rigoureux de dé-identification.
- Leur sécurité est assurée grâce à un chiffrement renforcé et à des contrôles réguliers, afin de garantir le respect des règles de conformité.

Vos droits

- Vous pouvez choisir de ne plus autoriser l'utilisation de Heidi par votre médecin pendant la consultation.

En signant ce formulaire de consentement, vous reconnaissez que :

1. Vous avez été informé(e) de l'utilisation de l'outil Heidi et de sa finalité.
2. Vous comprenez comment vos informations seront traitées, conservées et protégées.
3. Vous acceptez que votre praticien utilise Heidi pour l'assister dans la documentation de votre consultation.
4. Vous comprenez que vous pouvez retirer votre consentement à tout moment, sans que cela n'affecte la qualité des soins que vous recevrez.

Nom: _____

Date: _____

Signature: _____

For more information
heidihealth.com