

## SERVICE OPHTALMOLOGIQUE DE SOINS NON PROGRAMMÉS

Praticien :	<input type="text"/>	N° d'Astreinte	<input type="text"/>
SOS.NP contacté le	<input type="text"/> à <input type="text"/>	h	<input type="text"/>
N° portable du patient	<input type="text"/>		
Nom et prénom du médecin traitant	<input type="text"/>		

### A REMPLIR PAR LE PATIENT.

Formulaire à remplir par le patient et à retourner par mail à :

**urgencepartdieu@gmail.com**

<b>Nom</b>	<input type="text"/>	<b>Prénoms</b>	<input type="text"/>
<b>Nom de naissance</b>	<input type="text"/>	<b>Date de Naissance</b>	<input type="text"/>
<b>Lieu de naissance</b>	<input type="text"/>	<b>Sexe</b>	<input type="text"/>
<b>Adresse mail</b>	<input type="text"/>	<b>N° de portable</b>	<input type="text"/>
<b>Adresse</b>	<input type="text"/>		
<b>Code Postal</b>	<input type="text"/>	<b>Commune</b>	<input type="text"/>
<b>N° de sécurité Sociale</b>	<input type="text"/>		
<b>Vos traitements ophtalmologiques</b>	<input type="text"/>		
<b>Symptômes ophtalmologiques ressentis</b>	<input type="text"/>		
<b>Température</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Valeur <input type="text"/>	<b>Toux</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<b>Contact COVID-19</b>	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
<b>Date</b>	<input type="text"/>	<b>Signature</b>	<input type="text"/>

**Nous vous recontacterons à brefs délais pour appréhender avec vous la nécessité d'une téléconsultation ou d'un rendez-vous à la Clinique.**

Les informations à caractère personnel que vous communiquez sur ce formulaire font l'objet d'un traitement automatisé par la Clinique de la Part Dieu pour le respect de ses obligations légales et réglementaires.

Ces informations sont destinées à l'équipe de soins intervenant dans votre prise en charge et sont traitées dans le strict respect du secret médical et de la réglementation en vigueur. Ces données seront conservées au sein de votre dossier médical au sein de notre établissement. Vous pouvez demander à ce que ces informations soient supprimées à tout moment. Conformément à la Loi Informatique et Libertés du 6 janvier 1978 et au Règlement européen 679/2016 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès à ces données, d'un droit de rectification et de limitation du traitement sous réserve des conditions prévues par les dispositions de droit applicables. Vous pouvez exercer ces droits auprès de notre Délégué à la Protection des Données à l'adresse dpo@kantys.org ou en écrivant à Clinique de la Part Dieu – Direction 96, avenue du Maréchal de Saxe 69003 LYON