

Déliement du secret professionnel

Les soussignés, détenteurs de l'autorité parentale de

....., né(e) le et résidant à

.....,

ainsi que le/la jeune lui-même/elle-même, délivrent par la présente

.....

.....
(Une déclaration de confidentialité doit être remplie par personne/instance)

du secret médical/professionnel vis-à-vis des Services psychiatriques universitaires de Berne (SPU) SA, Clinique universitaire de psychiatrie et psychothérapie pour enfants et adolescents et inversement.

Pour les parents ayant l'autorité parentale conjointe : par ma signature, j'affirme agir en concertation et en accord dans l'intérêt de l'enfant en me basant sur le bien de l'enfant.

Les SPU rappellent que, dans le cas des parents séparés exerçant l'autorité parentale conjointe, le parent signataire est tenu d'informer immédiatement l'autre de cet accord.

Je donne/nous donnons mon/notre entière autorisation à la prise de contact / à la consultation du dossier médical / à la consultation des expertises. Par ma signature, je confirme avoir été informé(e) de la possibilité de révoquer à tout moment par écrit la levée du secret professionnel.

Lieu et date

Signature de l'adolescent(e)

.....

.....

Lieu et date

Signature du parent

.....

.....

Lieu et date

Signature du parent

.....

.....