

MISE À DISPOSITION GRATUITE DE VOTRE DOSSIER ÉLECTRONIQUE DE SANTÉ



Agence nationale
des informations partagées
dans le domaine de la santé



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Notre Helpdesk est à votre écoute de 8h00 à 17h00
helpdesk@esante.lu ou +352 27 12 50 18 33

DEMANDE VOLONTAIRE D'OUVERTURE D'UN DSP PILOTE

Le Dossier de Soins Partagé (DSP) est le **dossier électronique** du patient. Il regroupe vos données de santé utiles et pertinentes pour favoriser et faciliter la coordination de vos soins. Il permet le partage de vos informations de santé entre les différents professionnels de santé exerçant au Luxembourg, qui vous prennent en charge **et à qui vous donnez l'accès**.

La démarche de demande d'ouverture de DSP pilote est une démarche volontaire et non-obligatoire. **Par ce formulaire vous demandez à l'Agence eSanté d'ouvrir votre DSP dans sa phase pilote.**

L'Agence eSanté, après enregistrement de votre demande, génère la lettre d'activation contenant les informations qui vous permettront d'activer et accéder à votre DSP. Cette lettre vous sera adressée personnellement par voie postale au maximum dans les 7 jours suivant votre demande. Veuillez noter qu'après ouverture du DSP, ce dernier reste inaccessible pendant 4 semaines, sauf si dans cet intervalle vous procédez vous-même à son activation en ligne.

Pour toute information complémentaire veuillez contacter notre Helpdesk (modalités voir entête courrier).

Je soussigné(e), **Nom :** **Prénom :**

demande à entrer dans le dispositif du DSP dans sa phase pilote. Je consens dans ce cadre à transmettre les présentes données personnelles aux fins d'ouverture de mon DSP de manière sécurisée par les agents de l'Agence eSanté soumis au secret professionnel.

Identifiant national (Matricule):

Date : / /

Moyennant signature du présent document, je consens expressément à l'ouverture de mon DSP dans sa phase pilote :

.....
Signature

**Cadre réservé à
l'Agence eSanté**

Cachet de l'Agence :

Nom et Signature de l'Agent eSanté :

Cadre réservé à l'Agence eSanté	Cachet de l'Agence :	Nom et Signature de l'Agent eSanté :
--	----------------------	--------------------------------------

AGENCE eSANTÉ G.I.E.

Adresse courrier : B.P. 2511 L-1025 LUXEMBOURG

Adresse bureaux : 125 route d'Esch L-1471 LUXEMBOURG

RCS Luxembourg No. C – 69 -Siège social : Villa Louvigny – Allée Marconi L- 2120 LUXEMBOURG

BioN



AGENCE
eSanté
LUXEMBOURG
Agence nationale
des informations partagées
dans le domaine de la santé



LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG

Unser Helpdesk ist für Sie erreichbar werktags von 8:00 bis 17:00 Uhr
per E-Mail : helpdesk@esante.lu oder per Telefon : +352 27 12 50 18 33

ANTRAG ZUR FREIWILLIGEN TEILNAHME AN DER DSP PILOTPHASE

Das Dossier de Soins Partagé (DSP) ist die **elektronische Gesundheitsakte** welche Ihre zweckdienlichen gesundheitlichen Angaben gruppieren, um die Koordinierung Ihrer Betreuung zu verbessern und zu vereinfachen, indem Sie den Austausch von Gesundheitsinformationen mit den verschiedenen in Luxemburg praktizierenden Gesundheitsdienstleistern ermöglicht, die Sie betreuen und **denen Sie den Zugriff erteilt haben.**

Die Teilnahme von Patienten an der DSP Pilotphase ist eine freiwillige Maßnahme und nicht obligatorisch. **Mit diesem Formular beantragen Sie bei der Agence eSanté, dass Ihr DSP während der Pilotphase geöffnet wird und Ihnen zur Verfügung steht.**

Nach dem Eingang Ihres Antrags erstellt die Agence eSanté ein Aktivierungsschreiben, welches alle Informationen beinhaltet, die es Ihnen ermöglichen Ihr DSP zu aktivieren und Zugriff auf Ihr DSP zu erhalten. Dieses Schreiben wird Ihnen persönlich in spätestens 7 Tagen nach Ihrem Antrag per Post zugestellt. Bitte beachten Sie, dass Ihr DSP während 4 Wochen nach Eröffnung unzugänglich bleibt, außer Sie aktivieren es innerhalb dieser Zeitspanne online.

Für weitere Informationen oder Hilfe wenden Sie sich bitte an unseren Helpdesk (Modalitäten siehe Briefkopf).

Ich, die/der Unterzeichnende, **Name:** **Vorname:**

beantrage an der DSP Pilotphase teilzunehmen. Ich erkläre mich in diesem Sinne damit einverstanden, dass meine persönlichen Angaben zwecks Öffnung von meinem DSP einem Mitarbeiter der Agence eSanté, welcher der Geheimhaltungspflicht unterliegt, auf eine gesicherte Art übermittelt werden.

Sozialversicherungsnummer (Benutzeridentifizierung) :

Datum : / /

Mittels Unterzeichnung dieses Dokumentes, erkläre ich mich ausdrücklich mit der Teilnahme an der DSP Pilotphase einverstanden zu sein:

.....

Unterschrift

Bereich vorbehalten für die Agence eSanté	Stempel der Agence :	Name und Unterschrift vom Mitarbeiter der Agence eSanté :
--	----------------------	---