

Consentement général des adultes incapables de discernement (Ci-après : CGAID)

Directives	Page 2 à 4
Consentement en FRANÇAIS	Page 5 et 6
Consentement en ALLEMAND	Page 7 et 8
Consentement en ITALIEN	Page 9 et 10
Consentement en PORTUGAIS	Page 11 et 12
Consentement en ANGLAIS	Page 13 et 14

Les directives ci-dessous s'appliquent aux adultes incapables de discernement **qui n'ont pas préalablement signé le consentement général pour la recherche** – c. à d. avant de perdre la capacité de discernement

Principe: Le CGAID doit être signé par une personne habilitée à le faire selon les explications ci-après. **Le représentant légal désigné pour la recherche doit être la même personne que celle habilitée à prendre des décisions pour le patient en lien avec la pratique médicale. L'équipe médicale doit s'en assurer AVANT de la contacter pour signer le CGAID.** Cette personne doit être identifiée selon les explications de la colonne de droite. Ensuite elle doit, impérativement, être informé intra-muros par un médecin sur la teneur et les implications du CG. **Lorsque le patient retrouve sa capacité de discernement, la personne qui a signé le CG doit en informer l'HFR et un nouveau formulaire CG devra être soumis au patient pour signature – ce cas de figure est également prévu dans l'outil informatique RAP (Polypoint).**

<p>Projets de recherche sur des adultes incapables de discernement selon la Loi fédérale relative à la recherche sur l'être humain (art. 24 LRH)</p>	<p>Questions à se poser (par ordre chronologique):</p> <p>a) En l'absence d'un accord préalable écrit, qui est la personne qui représente le patient et à laquelle je soumetts le formulaire CG pour obtenir son consentement ou son refus de pouvoir inclure le patient incapable de discernement ? <i>Voir la colonne à droite pour la personne habilitée à signer le CG.</i></p> <p>b) Lors de précédentes discussions concernant le CG, le patient avait-il exprimé d'une manière ou d'une autre son refus de participer à des études ? <i>Le cas échéant, la personne habilitée à signer le CG remplira le formulaire en cochant la case « NON ».</i></p> <p>c) L'adulte / le patient incapable de discernement avait-il, avant de perdre sa capacité de discernement, donné son accord pour la participation à des études dans un document autre que le consentement général (CG) ? <i>Le cas échéant, la personne habilitée à signer le CG en est informée</i></p>	<p>Concrètement, qui est la personne habilitée à signer le CG ?</p> <p>L'ordre hiérarchique suivant est à considérer (*) :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. la personne désignée dans les directives anticipées ou dans un mandat pour cause d'inaptitude (documents établis avant la perte de la capacité de discernement de la personne concernée) ; 2. le curateur qui a pour tâche de la représenter dans le domaine médical ; 3. le conjoint ou son partenaire enregistré, s'il fait ménage commun avec elle ou s'il lui fournit une assistance personnelle régulière ; 4. la personne qui fait ménage commun avec elle et qui lui fournit une assistance personnelle régulière (p. ex. un-e concubin-e); 5. ses descendants, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière ; 6. ses père et mère, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière; 7. ses frères et soeurs, s'ils lui fournissent une assistance personnelle régulière. <p><i>(*) Le texte de l'art. 24 al. 1 let b LRH ne prévoit pas un ordre de priorité entre le représentant légal, la personne de confiance et les proches ; une application par analogie de l'art. 378 du Code civil (CC) est par conséquent admise.</i></p> <p>Le patient adulte incapable de discernement ne doit pas participer à une étude si :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. aucun représentant ne peut être déterminé clairement ; 2. les représentants ne sont pas tous du même avis ; 3. les intérêts de la personne incapable de discernement sont compromis ou
---	--	---

		risquent de l'être.
--	--	---------------------

Procédure :

1. Lorsque vous avez connaissance qu'un-e patient-e n'a plus sa capacité de discernement / est incapable de discernement, veuillez consulter le RAP pour voir s'il/si elle a déjà rempli et signé un formulaire CG : Si OUI, vous ne faites rien de plus pour le CG. Si NON, voir point 2 ci-après
2. Imprimer les directives et les deux pages de ce formulaire selon la langue désirée
3. Veuillez remettre les 4 pages (page 1-2 et les deux pages selon la langue désirée) au médecin avant la consultation. Le médecin doit vérifier que la personne qui signe soit bien la personne habilitée à le faire selon la loi
4. Après la consultation, le/la médecin ou le/la représentant-e légal-e doit vous retourner l'original des deux pages selon la langue désirée avec signatures. Une copie est délivrée au représentant-e légal-e. Si la décision n'a pas été prise pendant la consultation veuillez remettre une enveloppe affranchie avec l'adresse de votre secrétariat
5. Introduire les données dans le RAP et scanner les 2 pages (selon la langue désirée) du formulaire comme pour les adultes avec capacité de discernement
6. Pour les patient-e-s incapables de discernement vous devez indiquer une information supplémentaire dans le RAP qui est qu'il/elle est n'a pas sa capacité de discernement « non / nein » :

Exploitation des données oui / ja le: 21.04.2022
Datennutzung oui / ja am: 21.04.2022

Capacité de discernement NON
Urteilsfähigkeit NEIN

Consentement français	Einverständnis Deutsch	Consent English
Consento italiano	Consentimento Português	Révocation / Wiederruf
Consentement de 0 - 13 ans	Consentement de 14 à 17 ans	Sans c. de d. – toutes les langues / Ohne Urteilsfähigkeit alle Sprachen

Capacité de discernement / Urteilsfähigkeit: non / nein

À cocher par la DMED / Von der Med.Direktion anzukreuzen
 Ne souhaite pas recevoir de résultat individuel de recherche / Wünscht keine individuellen Forschungsergebnisse

Pour tout autre patient-e adulte capable de discernement, cette rubrique sera automatiquement sur « oui / ja »

Si le / la patient-e devait retrouver sa capacité de discernement, le / la représentant-e légale doit en informer la Direction Médicale de l'HFR, en quel cas, cela nécessite 2 actions :

- Indiquer que le / la patient-e a retrouvé sa capacité de discernement par « retrouvé le / wiedererlangt am » aini que la date
- Faire remplir impérativement un nouveau formulaire adulte capable de discernement et suivre la procédure usuelle

Chaque médecin a le devoir de réévaluer régulièrement la capacité de discernement des patients qu'il prend en charge. Si le patient retrouve sa capacité de discernement, il doit en avertir le représentant légal et appliquer la procédure ci-dessus.

Nous vous rappelons que ces informations se trouvent également le site interne du CG pour la recherche : <https://axis.appls.fr.ch/thematiques/consentementgeneral/default.aspx>

Pour toute question concernant cette directive, vous pouvez vous adresser au Dr Antoine Meyer, 026/306.25.45, antoine.meyer@h-fr.ch

Déclaration de consentement pour l'utilisation des données de santé et des échantillons à des fins de recherche d'un-e patient-e sans capacité de discernement

.....
Nom et prénom du/de la patient-e

.....
Date de naissance du/de la patient-e

.....
**Nom et prénom du/de la représentant-e
légal-e**

.....
.....
.....
**Adresse et numéro de téléphone du/de la
représentant-e légal-e**

.....
Indiquer le lien avec le/la patient-e

A. J'accepte que les données de santé et les échantillons biologiques résiduels collectés durant les soins (consultations ambulatoires et hospitalisations) du/de la patient-e susmentionné-e soient conservés, transmis et utilisés à des fins de recherche.

oui non

Quelle que soit votre réponse, veuillez passer au point B.

B. Confirmation de ma décision

En tant que représentant-e légal-e de la personne identifiée ci-dessus, j'ai compris :

- que je prends les décisions ci-dessus en son nom;
- que je l'informerai, dans la mesure de ses capacités, sur les décisions que j'ai prises dans le cadre du consentement général à la recherche; j'en informerai également la personne qui me succéderait comme représentant-e légal-e;
- que si cette personne retrouve sa capacité de discernement, j'en informerai l'HFR afin qu'elle puisse faire part de sa décision en complétant un nouveau formulaire;
- les explications sur la réutilisation des données de santé et échantillons biologiques à des fins de recherche, détaillées dans la brochure d'information;
- que je suis libre de contacter l'HFR aux coordonnées indiquées au bas de ce formulaire, ou un/une médecin HFR pour obtenir de plus amples informations et explications;
- que les données personnelles de la personne concernée sont protégées et qu'elles ne seront utilisées pour la recherche que de manière codée ou anonymisée;
- que ses données et échantillons biologiques peuvent être utilisés dans des projets de recherche nationaux et internationaux, dans les secteurs public et privé;
- que les projets peuvent inclure des analyses génétiques sur ses échantillons, à des fins de

- recherche;
- que je pourrais être recontacté-e dans le cas où des résultats pertinents pour sa santé seraient mis en évidence;
 - que ma décision est volontaire et n'a pas d'effet sur le traitement médical de la personne concernée;
 - que ma décision est valable pour une durée illimitée à moins que je retire ce consentement ou que la personne concernée récupère sa capacité de discernement et qu'elle indique son refus de participer à la recherche;
 - que je peux retirer ce consentement à n'importe quel moment sans avoir à justifier ma décision ;
 - que si je coche « NON » au point A en signant cette déclaration, ses données cliniques et échantillons biologiques ne pourront pas être utilisés pour la recherche ;
 - que si je ne signe pas la déclaration de consentement la loi prévoit que ses données et échantillons pourront exceptionnellement être utilisés si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale.

.....
Lieu et date

.....
Signature du/de la représentant-e légal-e
du/de la patient-e

Si la personne concernée revient à l'HFR et qu'elle est capable de discernement, elle recevra la documentation à son nom pour se positionner sur la réutilisation à des fins de recherche de ses données et de ses échantillons. Dans l'intervalle, le consentement du/de la représentant-e légal-e demeure valable.

- *que si je coche « NON » au point A en signant cette déclaration, mes données cliniques et échantillons biologiques ne pourront pas être utilisés pour la recherche ;*
- *que si je ne signe pas la déclaration de consentement la loi prévoit que mes données et échantillons pourront exceptionnellement être utilisés si la commission d'éthique compétente donne son autorisation spéciale.*

• **Par courrier :**

- [HFR - hôpital fribourgeois Direction médicale](#)
- [Case postale 1708 Fribourg](#)

• **Par téléphone :**

[Direction médicale](#)
T +41 26 306 01 60
Lu - Ve : 08h30 - 11h30 / 13h30 - 16h30

• **Par e-mail :**

- direction.medicale@h-fr.ch

• **Informations complémentaires :**

www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general

Einmalige allgemeine Einverständniserklärung (Generalkonsent) zur Verwendung von Gesundheitsdaten und Proben eines urteilsunfähigen Patienten/einer urteilsunfähigen Patientin für Forschungszwecke

.....
Name und Vorname Patient/in

.....
Geburtsdatum Patient/in

.....
**Name und Vornahme gesetzlicher
Vertreter/gesetzliche Vertreterin**

.....
.....
.....
**Adresse und Telefonnummer
gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin**

.....
Beziehung zum Patienten/zur Patientin

C. Ich bin damit einverstanden, dass die Gesundheitsdaten und die während der Behandlung (ambulante Konsultationen und Spitalaufenthalte) gesammelten biologischen Proben des oben genannten Patienten/der oben genannten Patientin gespeichert, übermittelt und zu Forschungszwecken verwendet werden dürfen.

Ja Nein

Unabhängig von Ihrer Antwort gehen Sie zu Punkt B.

D. Bestätigung meiner Entscheidung

Als gesetzlicher Vertreter/gesetzliche Vertreterin der oben genannten Person verstehe ich:

- dass ich die oben genannten Entscheidungen in deren Namen treffe;
- dass ich sie nach bestem Wissen und Gewissen über die Entscheidungen, die ich im Rahmen des Generalkonsents für Forschungszwecke getroffen habe, informieren werde, und dass ich auch die Person, die allenfalls nach mir als gesetzliche Vertretung agiert, informieren werde;
- dass ich, wenn diese Person ihre Urteilsfähigkeit wiedererlangt, das HFR informieren werde, damit sie ihre Entscheidung durch Ausfüllen eines neuen Formulars selbst treffen kann;
- die Erläuterungen zur Verwendung der Gesundheitsdaten und biologischen Proben für Forschungszwecke, die in der Informationsbroschüre beschrieben sind;
- dass es mir freisteht, das HFR unter den am Ende dieses Formulars angegebenen Kontaktdaten oder einen HFR-Arzt für weitere Informationen und Erklärungen zu kontaktieren;
- dass die personenbezogenen Daten der betroffenen Person geschützt sind und nur verschlüsselt

- oder anonymisiert zu Forschungszwecken verwendet werden;
- dass ihre Daten und biologischen Proben in nationalen und internationalen Forschungsprojekten im öffentlichen und privaten Sektor verwendet werden können;
- dass diese Projekte eine genetische Analyse der Proben für Forschungszwecke beinhalten können;
- dass ich wieder kontaktiert werden könnte, falls sich für die Gesundheit der betroffenen Person relevante Erkenntnisse ergeben;
- dass meine Entscheidung freiwillig ist und keine Auswirkungen auf die medizinische Behandlung der betroffenen Person hat;
- dass meine Entscheidung zeitlich unbegrenzt gültig ist, es sei denn, ich ziehe diese Einwilligung zurück oder die betroffene Person erlangt ihre Urteilsfähigkeit wieder und lehnt die Teilnahme an der Forschung ab;
- dass ich die Zustimmung jederzeit zurückziehen kann, ohne meine Entscheidung begründen zu müssen;
- dass, wenn ich bei Punkt A „Nein“ ankreuze, die Gesundheitsdaten und biologischen Proben der betroffenen Person nicht für die Forschung verwendet werden;
- dass, wenn ich die Einwilligungserklärung nicht unterschreibe, das Gesetz vorsieht, dass die Daten und Proben der betroffenen Person ausnahmsweise verwendet werden dürfen, wenn die zuständige Ethikkommission eine Sondergenehmigung erteilt.

.....
Ort und Datum

.....
Unterschrift gesetzlicher Vertreter/gesetzliche
Vertreterin

Kehrt die betroffene Person ans HFR zurück und ist sie urteilsfähig, so erhält sie die Unterlagen in ihrem Namen, um über die Weiterverwendung ihrer Daten und Proben zu Forschungszwecken zu entscheiden. In der Zwischenzeit bleibt die Zustimmung des gesetzlichen Vertreters/der gesetzlichen Vertreterin gültig.

Bei Fragen oder Anmerkungen zögern Sie nicht, uns zu kontaktieren.

Per Post:

freiburger spital (HFR)
Medizinische Direktion
Postfach
1708 Freiburg

Telefonisch:

Medizinische Direktion
T +41 26 306 01 60
Mo–Fr: 8.00 - 11.30 / 13.30 - 16.30 Uhr

Per E-Mail:

direction.medicale@h-fr.ch

Zusätzliche Informationen

www.h-fr.ch/de/forschung/einverstandniserklaerung

Dichiarazione di consenso per l'utilizzo di dati sanitari e di campioni per finalità di ricerca di un/una paziente incapace di discernimento

.....
Cognome e nome del/della paziente

.....
Data di nascita del/della paziente

.....
**Cognome e nome del/della
rappresentante legale**

.....
.....
.....

**Indirizzo e numero di telefono del/della
rappresentante legale**

.....
Indicare il legame con il/la paziente

E. Accetto che i miei dati sanitari e i miei campioni biologici residui raccolti durante il corso delle cure (visite ambulatoriali e ospedalizzazione) del/della paziente in oggetto siano conservati, trasmessi e utilizzati per finalità di ricerca.

Sì No

Qualunque sia la risposta, andare al punto B.

F. Conferma della decisione

In qualità di rappresentante legale della persona sopra identificata, ho compreso:

- che prendo la decisione di cui sopra in sua vece;
- che l'informerò, per quanto possibile in base alle sue capacità, delle decisioni che ho preso nell'ambito del consenso generale alla ricerca; inoltre, informerò di quanto sopra la persona che prenderà il mio posto come rappresentante legale;
- che se questa persona acquisterà nuovamente la sua capacità di discernimento, informerò l'HFR affinché possa comunicare la sua decisione compilando un altro modulo;
- i chiarimenti relativi al riutilizzo dei dati sanitari e dei campioni biologici per finalità di ricerca, riportati in dettaglio nel foglio informativo;
- che sono libero di contattare l'HFR ai contatti indicati in fondo al presente modulo, oppure un medico dell'HFR per ottenere ulteriori informazioni e chiarimenti;
- che i dati personali della persona interessata sono protetti e che saranno utilizzati per la ricerca esclusivamente in modo codificato o anonimo;
- che i dati e i campioni biologici possono essere utilizzati per in progetti di ricerca nazionali e internazionali, nel settore pubblico e privato;

- che i progetti possono includere analisi genetiche sui campioni, per finalità di ricerca;
- che potrò essere ricontattato/a qualora emergano risultati pertinenti alla sua salute;
- che la mia decisione è volontaria e non avrà alcun effetto sul trattamento medico della persona interessata;
- che la mia decisione è valida per una durata di tempo illimitata a meno che io non ritiri il consenso oppure la persona interessata recuperi la sua capacità di discernimento e indichi il suo rifiuto a partecipare alla ricerca;
- che posso ritirare il consenso in qualsiasi momento senza dover giustificare la mia decisione;
- che se indico “NO” al punto A firmando questa dichiarazione, i suoi dati clinici e i suoi campioni biologici non potranno essere utilizzati per la ricerca;
- che se non firmo la dichiarazione di consenso, la legge stabilisce che i suoi dati e campioni potranno essere utilizzati in via eccezionale se la commissione etica competente da la sua autorizzazione speciale.

.....
Luogo e data

.....
Firma del/della rappresentante legale
del/della paziente

Se l'interessato/a ritorna all'HFR ed è capace di discernimento, riceverà la documentazione a suo nome per prendere posizione sul riutilizzo dei propri dati e campioni per finalità di ricerca. Fino a quel momento, il consenso del/della rappresentante legale è da considerarsi valido.

Non esiti a contattarci per fare eventuali osservazioni o richiedere chiarimenti.

Invio a mezzo posta:

HFR - hôpital fribourgeois
Direzione sanitaria
Casella postale
1708 Friburgo

Telefonicamente:

Direzione sanitaria
T +41 26 306 01 60
Lun- ven: 08.30 h - 11.30 h/ 13.30 h - 16.30 h

Invio tramite e-mail:

direction.medicale@h-fr.ch

Informazioni supplementari

www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general

Declaração de consentimento relativa à utilização de dados pessoais de saúde e de amostras para fins de investigação de um(a) doente incapaz de discernimento

.....
Apelido e nome do(a) doente

.....
Data de nascimento do(a) doente

.....
Apelido e nome do(a) representante legal

.....
.....
.....

.....

Morada e número de telefone do(a) representante legal

Indicar a ligação ao(à) doente

G. Consinto que os dados pessoais de saúde e as amostras biológicas residuais colhidas durante a prestação dos cuidados de saúde (consultas em regime ambulatorio e hospitalizações) do(a) doente supramencionado(a) sejam conservados, transmitidos e utilizados para fins de investigação.

sim não

Seja qual for a sua resposta, avance para o ponto B.

H. Confirmação da minha decisão

Enquanto representante legal-da pessoa identificada acima, compreendi:

- que tomo as decisões acima em seu nome;
- que a informarei, na medida das suas capacidades, das decisões que tomei no âmbito do consentimento geral da investigação, e que também as transmitirei à pessoa que, eventualmente, me venha a substituir como representante legal;
- que, se essa pessoa voltar a ficar de posse da sua capacidade de discernimento, comunicarei esse facto ao HFR, a fim de que a dita pessoa possa comunicar a sua decisão mediante o preenchimento de um formulário novo;
- as explicações sobre a reutilização de dados pessoais de saúde e de amostras biológicas para fins de investigação constantes da brochura com as informações;
- que posso entrar em contacto com o HFR, através dos dados de contacto indicados no rodapé deste formulário, ou com um(a) médico(a) do HFR, para obter informações e explicações mais pormenorizadas;
- que os dados pessoais da pessoa em causa estão protegidos, e que só serão utilizados para a investigação codificados ou anonimizados;
- que esses dados e amostras biológicas podem ser utilizados em projetos de investigação nacionais

- e internacionais, nos setores público ou privado;
- que os projetos podem incluir análises genéticas das amostras, para fins de investigação;
 - que posso voltar a ser contactado(a) caso sejam revelados resultados pertinentes para a sua saúde;
 - que a minha decisão é voluntária e não afeta o tratamento clínico da pessoa em causa;
 - que, exceto se eu retirar o meu consentimento ou a pessoa em causa recuperar a sua capacidade de discernimento e declarar recusar-se a participar na investigação, a minha decisão é válida durante um período ilimitado;
 - que posso retirar o meu consentimento em qualquer altura, sem ter de justificar a minha decisão;
 - que se eu selecionar a opção “NÃO” no ponto A, assinando esta declaração, os seus dados pessoais clínicos e as suas amostras biológicas não poderão ser utilizados para a investigação;
 - que, se eu não assinar a declaração de consentimento, a lei prevê que os seus dados e amostras podem ser excecionalmente utilizados se a comissão de ética competente der a sua autorização especial.

.....
Local e data

.....
Assinatura do(a) representante legal
do(a) doente

Se a pessoa em causa voltar ao HFR e tiver capacidade de discernimento, ser-lhe-á entregue a documentação em seu nome, para que possa tomar uma decisão sobre a reutilização dos seus dados e das suas amostras para fins de investigação. Entretanto, o consentimento do(a) representante legal-manter-se-á em vigor.

Em caso de dúvidas, não hesite em entrar em contacto connosco.

por correio

HFR - hôpital fribourgeois
Direction médicale
Caixa postal
1708 Friburgo

por email

direction.medicale@h-fr.ch

por telefone

Direction médicale
Tel.: +41 26 306 01 60
Seg - Sex : 08h30 - 11h30 / 13h30 - 16h30

Informações adicionais

www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general

Declaration of consent for a patient not capable of discernment regarding the use of health data and samples for research purposes

.....
Surname and first name of the patient

.....
Date of birth of the patient

.....
Surname and first name of the legal representative

.....
.....
.....

Address and telephone number of the legal representative

.....
Indicate the relationship to the patient

I. I agree that health data and residual biological samples collected during treatment (outpatient consultations and hospitalisations) of the above-mentioned patient can be stored, transmitted and used for research purposes.

yes no

Regardless of your answer, please go to point B.

J. Confirmation of my decision

As the legal representative of the person identified above, I understand:

- that I am making the above decisions on his/her behalf;
- that I shall inform him/her, to the extent of their ability to understand, of the decisions I have taken under the general consent to research; I shall also inform the person who would succeed me as legal representative;
- that if this person regains their capacity for discernment, I shall inform the HFR so that they can communicate their decision by filling in a new form;
- the explanations on the reuse of health data and biological samples for research purposes, detailed in the information brochure;
- that I am free to contact the HFR using the contact details indicated at the bottom of this form, or an HFR doctor, for further information and explanations;
- that the personal data regarding the person concerned is protected and that they will only be used for research in an encrypted or anonymised manner;
- that the person's data and biological samples can be used in national and international research projects, in the public and private sectors;
- that projects may include genetic analyses on the person's samples, for research purposes;

- that I might be contacted again in the event that results relevant to the person's health are revealed;
- that my decision is voluntary and has no effect on the medical treatment of the person concerned;
- that my decision is valid for an indefinite period of time unless I withdraw this consent or the person concerned recovers their capacity for discernment and indicates their refusal to participate in the research;
- that I can withdraw this consent at any time without having to justify my decision;
- that if I tick “NO” in point A when signing this declaration of consent, the person's clinical data and biological samples cannot be used for research;
- that if I do not sign the declaration of consent, the law provides that the person's data and samples may be used in exceptional cases if the competent ethics committee gives special authorisation.

.....
Place and date

.....
Signature of the patient's legal representative

If the person concerned returns to the HFR and regains a capacity for discernment, they will receive the documentation in their name so that they may determine a position on the reuse of their data and samples for research purposes. In the meantime, the legal representative's consent remains valid.

Please contact us if you have any questions or comments.

By mail

HFR - hôpital fribourgeois
Medical Department
Case postale
1708 Fribourg

By telephone

Medical Department
T +41 26 306 01 60
Mon – Fri: 8.30 – 11.30 a.m. / 1.30 – 4.30 p.m.

By e-mail

direction.medicale@h-fr.ch

Further information (in French & German only)

www.h-fr.ch/nos-recherches/consentement-general