

IX – ACCORD DU PATIENT POUR LA TRANSMISSION D'INFORMATIONS



Je soussigné(e) M. – Mme – Melle

.....

Domicilié(e) à

.....

.....

Téléphone :

Déclare :

- Etre opposé/ne pas être opposé à la transmission d'informations me concernant dans le respect de la réglementation en vigueur (Secret médical).
- Autoriser le personnel du SSIAD à consulter mon Dossier Médical Partagé (DMP).
- Etre informé.e que ces données font l'objet d'un traitement informatique pour des raisons de nécessité de service. Vous avez un droit d'accès de correction ou de modification en vous adressant à l'assistante administrative du SSIAD – numéro déclaration CNIL : DPO – 95505.

Signature :