

Formulaire de consentement du patient

APPORT SANTE

➤ Bénéficiaire

Nom du bénéficiaire :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Téléphone fixe : Portable :

Mail :@

➤ Assuré

Nom de l'assuré :

Prénom :

Date de naissance :

N° de sécurité sociale : _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ _/ Clé _/ _/

Adresse de l'organisme payeur :

Médecin traitant : Tél :

Je donne mon consentement à l'association **APPORT SANTE**, plateforme territoriale d'appui, pour entrer dans un programme de :

Coordination de santé

Education thérapeutique

Education à la santé

Les prestations qui me sont proposées sont entièrement prises en charge par l'association.

Tous les services sont gratuits.

L'évaluation de l'association fera appel à des données de mon dossier médical de façon anonyme.

- J'accepte de **transmettre les éléments de mon suivi médical** nécessaires et j'autorise mon médecin à transmettre ces données aux personnes en charge de l'évaluation.
- J'accepte qu'**APPORT SANTE** transmette à mon médecin les informations relatives à mon parcours dans le programme ainsi que les éléments nécessaires s'y rapportant.

Ces données sont traitées sur informatique : **elles sont couvertes par le secret professionnel.**

L'utilisation de ces données a fait l'objet d'une déclaration à la Commission Nationale Informatique et Liberté et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant auprès de mon médecin traitant.

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Ma participation est totalement volontaire et je peux si je le désire interrompre ma participation au programme à tout moment sans avoir à en préciser les raisons et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés.

Fait à Nom Prénom et Signature

Le