FICHE CONSENTEMENT PATIENT

Je soussigné (e), NOM :……..PRENOM :……
DATE DE NAISSANCE :……/……/……
ADRESSE :……
CODE POSTAL : ☐☐☐☐☐ VILLE :
TELEPHONE:……..PORTABLE:…… ……
MAIL :……

- Déclare avoir été informé(e) du fonctionnement du réseau.
- Déclare avoir pris connaissance de la « Fiche Information Patient »
- Déclare souhaiter bénéficier des actions du réseau **RESEAU VILLE HOPITAL ETP CHIMIO** dans les conditions décrites dans la « Fiche Information Patient »
- Autorise le réseau à se mettre en relation avec mon médecin traitant (si nécessaire)

☐ OUI ☐ NON

DOCTEUR……
ADRESSE:……
FAIT A :……..LE:……/……/……..
SIGNATURE

A renvoyer au RESEAU VILLE HOPITAL ETP CHIMIO:
4 BIS LOT BEAUJEAN LA JAILLE DESTRELLAN 97122 BAIE-MAHAULT GUADELOUPE
FAX : 0590 86 85 37 Tel : 0690 40 60 37

∞ ∞

PROFESSIONNEL DE SANTE CONCERNE (MEDECINS, INFIRMIERS, PHARMACIENS…)

NOM : …… PRENOM : ……

PROFESSION : ……

ADRESSE: ……

TELEPHONE :……..PORTABLE……

MAIL :……