

## DOCUMENT DE CONSENTEMENT PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : .....

Médecin généraliste FED 92 : .....

Date de réalisation du bilan initial : .....

Je soussigné(e).....déclare avoir reçu copie et pris connaissance du contrat d'engagement mutuel du patient et de son médecin généraliste dans le dispositif FED 92.

Mon médecin généraliste a répondu à mes demandes d'informations complémentaires et je souscris aux objectifs d'un tel dispositif.

Je remets mon code d'accès à mon médecin généraliste pour qu'il mette à jour mon dossier. Je pourrais remettre ce code aux professionnels qui me suivront en fonction de mon choix.

Je dispose d'un droit d'accès de modification et de suppression à l'ensemble des données me concernant sur la simple demande à mon médecin généraliste ou au médecin coordinateur du Réseau FED 92.

J'ai compris que ma participation à ce dispositif de soins me permet de bénéficier d'un travail en partenariat des différents professionnels et d'une cohérence de mon suivi en restant le véritable acteur de mes soins ; en contrepartie, je m'engage, tout au long de ma prise en charge à remplir les questionnaires d'évaluation qui me seront remis et à consulter le même médecin sauf en cas d'urgence.

J'ai également bien compris que ma participation est volontaire et que je suis libre de changer de médecin ou de me retirer de ce dispositif à n'importe quel moment.

Fait à .....le.....

Signature du patient.

Signature du médecin