

Je soussigné(e), Monsieur, Madamedéclare avoir reçu et compris toutes les informations concernant le partage, par les professionnels de santé, de l'ensemble des informations relatives à ma santé et à sa prise en charge.

C'est donc en toute connaissance et après réflexion que : *(Merci de cocher la case correspondant à votre choix)*

1. J'accepte le partage de la totalité des informations me concernant entre tous les professionnels de santé de la Maison de Santé.

SINON :

2. J'accepte le partage de la totalité des informations UNIQUEMENT ENTRE:
(Merci de cocher les cases correspondant à votre choix)

Médecins (et remplaçant(e)s)

Dr Romain DUBRULLE

Dr Didier de LABRUSSE

Sage-Femme (et remplaçante)

Kinésithérapeute (et remplaçant(e))

Thomas BARACH

Jean-Michel ARPAJOU

Infirmières (et remplaçant(e)s)

Valérie BERTHUIT

Monique CARRIE

Marine RAYMON

Géraldine SERRE

Michelle THERON

OU

3. Je refuse ce partage entre tous les professionnels de santé du Pôle de santé, hormis mon médecin traitant. J'atteste que j'ai bien été informé(e) sur le risque encouru pour l'organisation et la qualité de la prise en charge.

À Saint Chély d'Aubrac, le2016

Signature :