

DOCUMENT D'ADHÉSION À REMPLIR PAR LE PROFESSIONNEL DE SANTÉ ET LE PATIENT

Les parties grisées sont dédiées au professionnel, le reste du document est à remplir par le patient.

Adhésion proposée par le Dr

Motif d'inclusion

Diabète Maladies cardiovasculaires Obésité Insuffisance cardiaque

Identification du professionnel de santé ayant réalisé l'adhésion

NOM - Prénom :

Date :

Signature et cachet du professionnel :

Identification du patient et de l'assuré

NOM - Prénom (du bénéficiaire) :

NOM de jeune fille : Sexe : Masculin Féminin

Date et lieu de Naissance :

Adresse :

N° de téléphone fixe : Portable :

E-mail :

Caisse (CPAM, MSA, RSI...) :

ALD : Non Oui : Pour quel motif ?

CMU : Non Oui

N° d'immatriculation : Mutuelle :

À remplir si le patient n'est pas l'assuré

NOM - Prénom de l'assuré(e) si différent du patient :

Date de naissance :

Caisse : N° d'immatriculation :

DÉCLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DU DOCUMENT D'INFORMATION SUR L'ERET BN ET DE LA CHARTE DU PATIENT.

À : Date :

Signature après mention « lu et approuvé la charte du patient »

Soignants à agréer à la demande du patient

En adhérant à l'Espace Régional d'Éducation Thérapeutique de Basse-Normandie (ERET BN) vous acceptez que les professionnels de santé communiquent ensemble, c'est pourquoi nous vous demandons les coordonnées de vos soignants habituels.

Si vous ne souhaitez pas partager les informations concernant votre santé avec le professionnel, cochez la case correspondante.

	Nom - Prénom + Ville	Dossier Médical Partagé (cocher si désaccord)
Médecin traitant		
Cardiologue		
Diabétologue		
Chirurgien Bariatrique		
Ophtalmologue		
Infirmier		
Diététicien		
Podologue		
Pharmacien		
Laboratoire		
Psychologue		
Assistance sociale		
Autre professionnel ou structure		

Personne de confiance

NOM - Prénom :

Adresse :

Tél. :