Formulaire recherche de médecin traitant

Remettre à zéro

A déposer dans une pharmacie partenaire de notre territoire : Cieux, Couzeix, Nantiat, Nieul, Peyrilhac, St-Gence.

La CPTS Val de Glane s'engage à effectuer une recherche auprès des médecins généralistes du territoire Val de Glane mais elle ne garantit pas de trouver une solution pour tous les demandeurs. Cette démarche est effectuée dans le respect du libre choix du patient et du médecin.

Date :

Coordonnées du patient

NOM _____ Prénom _____ Genre F ☐ M ☐ N ☐

Né.e le _____ à _____

Adresse _____ CP _ Commune _

N° tél. Fixe _____ / Portable _____ Email _____@_____

N° de sécurité sociale _____

Autres membres du foyer recherchant un médecin traitant (nom, prénom,âge) :

_____

Informations complémentaires

Nécessité de visites à domicile ☐ Toujours ☐ Parfois ☐ Non je me déplace

Pathologies particulières et/ou situation de handicap

Préciser toute autre information :

Par la signature du présent bulletin :

- je reconnais avoir reçu une information sur les objectifs du dispositif de recherche de médecin traitant de la CPTS et son fonctionnement,

Conformément à la LOI du 20 juin 2018 relative à la protection des données personnelles (RGPD):

- j'accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans la prise en charge, dans le respect des règles déontologiques et de la confidentialité propres à chacun,
- je garde la liberté de quitter le dispositif à tout moment et de demander l'accès, la modification et la suppression de mes données en contactant la CPTS (cpts87.valdeglane.coordo@gmail.com)

Signature du patient

☐ En cas de remplissage électronique, cocher cette case pour attester être le professionnel orienteur et avoir obtenu le consentement de la personne aux modalités de recherche de médecin traitant exposées ci-dessus.

Nom du professionnel orienteur _____

Enregistrer

Pharmaciens : merci d'envoyer cette fiche par mail sécurisé à cpts.valdeglane.87@na.mssante.fr