
ATTESTATION D'INFORMATIONS DONNEES AU PATIENT et de son consentement éclairé concernant l'accompagnement par le DAPS-85

Je soussigné(e), M/Mme

en charge du/de la patient(e) ci-dessous :

M/Mmené(e) le...../...../.....

Adresse.....

Coordonnées téléphoniques.....

Certifie :

- avoir informé le/la patient(e) qu'un accompagnement par le DAPS85 sera réalisé afin d'améliorer sa prise en charge.
- que le/la patient(e) a donné son consentement oral à la transmission d'informations le/la concernant.
- que le/la représentant(e) légal(e) a donné son consentement oral à la transmission d'informations concernant le/la patient(e).

Date :/...../.....

Signature et/ou cachet :

Attestation à retourner :

- **Par courrier** à : DAPS-85 Immeuble Phoenix - 22, rue Benjamin Franklin 85000 LA ROCHE SUR YON
 - **Par messagerie sécurisée** : daps85@esantepdl.mssante.fr
-



DAPS-85
Dispositif d'Appui aux Professionnels de Santé de Vendée
Immeuble Phoenix – 22, rue Benjamin Franklin
85000 LA ROCHE SUR YON
SIRET 889 808 739

Tél. : 02 51 94 54 95
contact@daps85.fr

