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

Je soussigné(e), M/Mme

Profession :

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
-

