

ADHÉSION DU PATIENT

Je soussigné(e) : **Madame, Mademoiselle, Monsieur** (*barrer les mentions inutiles*)

NOM :

Prénom : Né(e) le :

Adresse :

Numéro de Sécurité Sociale :

Tél. fixe : Tél. portable :

E-mail (*pour une diffusion plus rapide des informations*) :

Déclare adhérer au réseau de santé SAVEDIAB après avoir lu le document d'information sur le réseau et reçu la charte du réseau. **Mon adhésion me permettra de :**

- Participer aux séances d'éducation qui me seront proposées et de recevoir un dossier médical/patient pour regrouper les informations nécessaires au suivi du diabète et faciliter la circulation de l'information utile aux professionnels du réseau.

- Présenter mon dossier médical à chaque professionnel du réseau qui pourra en avoir besoin.

- Répondre à une enquête de satisfaction annuelle portant sur les services rendus par le réseau.

• J'autorise mon médecin traitant à extraire de mon dossier les éléments qui, une fois anonymisés, serviront à l'évaluation du suivi des patients diabétiques du réseau.

• Conformément à la loi informatique et libertés je dispose d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant.

• J'accepte que le service médical de l'Assurance Maladie soit informé de mon adhésion au réseau.

JE PEUX A TOUT MOMENT SORTIR DU RESEAU ET LE SIGNIFIER A CELUI-CI PAR SIMPLE LETTRE A SON SIEGE.

Prochainement un Professionnel de Santé du réseau vous contactera pour vous présenter l'ensemble des activités.

Merci de retourner cette lettre d'adhésion dûment remplie et signée, accompagnée de la fiche d'entrée à l'adresse suivante :

Réseau SAVEDIAB - Maison des Réseaux de Santé de Savoie
5 rue Pierre et Marie Curie 73000 CHAMBERY - ☎ 04.79.68.23.71 (répondeur le mercredi) - ☎ 04.79.62.39.71
E-mail : savediab@reseaux-sante73.fr - Site : www.savediab.org

SIRET : 484 608 20300028 - APE : 9499 Z

Fait à : Le :

Signature :