

Consentement à l'alimentation et à la consultation de mon Dossier Médical Partagé

NOM D'USAGE :

NOM DE NAISSANCE :

Prénom :

Date de naissance :

Dans le cadre de mon hospitalisation, l'établissement et l'équipe médicale peuvent alimenter et consulter mon dossier médical de Mon espace santé (DMP).

Les documents qui seront transmis au DMP sont :

- Lettre de Liaison de Sortie
- Compte Rendu Opératoire
- Ordonnances de sortie

Consentez-vous à l'alimentation de votre DMP ? ☐ Oui ☐ Non

Consentez-vous à la consultation de votre DMP ? ☐ Oui ☐ Non

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

Signature :

www.oc-sante.fr

8-10 rue de la Folie-Régnault • 75011 PARIS
Tel : 01 43 56 56 56 • Fax : 01 43 79 01 86 • e-mail : contact.direction@clinique-mont-louis.fr

CLINIQUE DU MONT-LOUIS • SAS au capital de 1 027 500 € • RCS Paris 702 048 117 • APE 8610Z • FINISS ET 75 030 114 5