

Consentement pour l'échange de données entre professionnels de santé de ville et d'hôpital

Je, soussigné(e), [Nom Prénom],

conformément à l'article L. 1110-4 du Code de la Santé publique relatif au droit des personnes malades et des usagers du système de santé, autorise, que des données médicales personnelles sur mon état de santé puissent être échangées entre mes professionnels de santé parties prenantes de mon parcours de soin.

Fait à

Le

Signature :