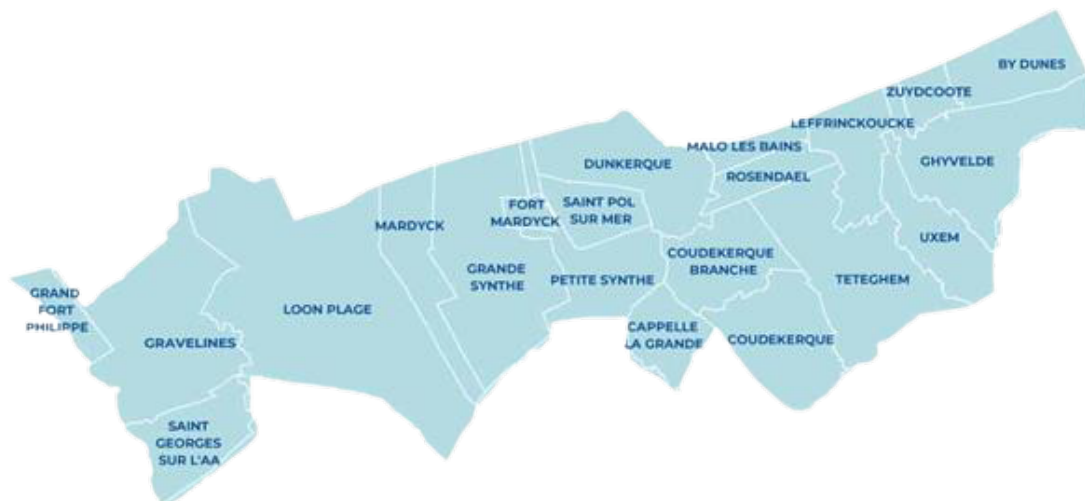


Formulaire : Recherche de Médecin traitant

La **C**ommunauté **P**rofessionnelle **T**erritoriale de **S**anté Littoral en Nord met à disposition ce formulaire d'inscription sur une liste d'attente pour faciliter la mise en relation entre les patients et les Médecins du territoire qui prennent de nouveaux patients.

Vous résidez sur ce territoire :



IDENTITÉ

Civilité

- Madame
 Monsieur

Nom de naissance*

.....

Nom d'usage

.....

Prénom*

.....

Sexe :

- Féminin
 Masculin

Date de naissance*

.....

Lieu de naissance*

.....

COORDONNÉES DE CONTACT

Adresse email (personnelle ou d'un proche) *

.....

.....

N° de téléphone*

.....

Adresse*

.....

.....

.....

Code postal / Commune*

.....

.....

Nom/Prénom/N° de téléphone de l'aidant principal

.....

.....

.....

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

- Je bénéficie de la couverture santé solidaire
- Je suis malvoyant
- Je suis malentendant
- J'ai des difficultés pour me mobiliser (marcher, me lever, sortir de chez moi)
- J'ai des difficultés pour me déplacer (moins de 2km en voiture par exemple)
- J'ai une pathologie chronique (que l'on appelle parfois Affection de Longue Durée)
- J'ai plusieurs pathologies chroniques (que l'on appelle parfois Affection de Longue Durée)

CONSENTEMENT

- Je donne mon consentement pour que les informations que j'ai renseignées servent à la création et à l'alimentation d'un dossier patient sur la plateforme Inzee Care. Ces données pourront être partagées aux professionnels qui participent à ma prise en charge dans le respect de ma vie privée et du secret professionnel.

Inzee Care est une plateforme sécurisée (hébergeurs donnés de santé) choisi par votre CPTS pour coordonner les soins autour des patients du territoire

- Je déclare sur l'honneur ne pas avoir un Médecin traitant.

Depuis la loi "informatique et libertés" du 6 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à la CPTS Littoral en Nord par mail : recherchemedecin.cpts@gmail.com

Si toutes les informations obligatoires ne sont pas complétées, nous ne pourrons enregistrer votre demande

- Lorsqu'il s'agit d'une urgence, avant de vous rendre à l'hôpital, appelez le 15.
- Les professionnels de santé s'engagent volontairement dans cette démarche et font leur possible pour contribuer à l'accès aux soins des patients.

Date :

Signature :