

Formulaire à compléter par le patient et à transmettre à la CPTS Opale Sud : CPTS OPALE SUD/MSP Alprech 3 Allée Gerard Joly 62480 LE PORTEL. Il ne s'agit pas d'une liste d'attente et il n'y a pas de garantie de trouver une solution pour tous les demandeurs

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

Personne contact si la demande est réalisée pour quelqu'un NOM, PRENOM, TEL.....

Informations concernant le patient

Nom : Prénom : Date de naissance :

Adresse :

N° de téléphone :

Email :

Autre(s) membre(s) du foyer recherchant un médecin traitant (nom, prénom, âge)

.....

Avez-vous besoin d'aide pour l'ouverture de vos droits : ☐ oui ☐ non

Nom Médecin traitant actuel :

Êtes-vous en ALD (Affection de longue durée) :

☐ oui ☐ non

☐

Avez-vous des difficultés pour vous déplacer ? ☐ oui ☐ non

Si oui, pour quelle(s) raison(s) : ☐ je ne dispose pas de moyens de locomotion ☐ mon état de santé m'empêche de me déplacer ☐ autre : précisez.....

Raison de la recherche :

☐ mon médecin a pris sa retraite

☐ mon médecin traitant est parti du territoire

☐ je viens d'emménager sur la commune

☐ autre :

Cadre réservé à la coordination

Orientation MG : -

-

-

Évaluation : demande aboutie 0

demande non aboutie 0

En validant ce formulaire, j'accepte que les données saisies soient utilisées par la CPTS Opale Sud pour acter votre demande et donner suite à celle-ci. La CPTS Opale Sud s'engage à sécuriser vos informations et à les garder strictement confidentielles. Conformément à la loi informatiques et libertés du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit de rectification et d'opposition aux informations vous concernant en nous contactant par mail : recherchemedecin.cptsopalesud@gmail.com

En signant le document, le patient :

- Reconnaît avoir reçu les informations sur les objectifs du dispositif de recherche de la CPTS et son fonctionnement
- Accepte le principe d'un partage d'informations entre les différents professionnels impliqués dans le dispositif
- Garde la liberté de quitter le dispositif à tout moment et de demander l'accès, la modification et la suppression de ses données en contactant la CPTS Opale Sud

Signature du patient :