

# FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSMISSION DES COMPTES-RENDUS ORTHOPHONIQUES SUR LE DOSSIER MÉDICAL PARTAGÉ (DMP)

**NOM ET PRÉNOM DU PATIENT :** \_\_\_\_\_

**NOM ET PRÉNOM DU REPRÉSENTANT LÉGAL :** \_\_\_\_\_

*Si patient mineur ou sous mesure de protection*

**DATE DE NAISSANCE :** \_\_\_\_\_

**N° SÉCURITÉ SOCIALE :** \_\_\_\_\_

**NOM DE L'ORTHOPHONISTE :** \_\_\_\_\_

**DATE DE LA CONSULTATION :** \_\_\_\_\_

Dans le cadre de mon suivi orthophonique, il m'a été proposé que les comptes rendus orthophoniques soient transmis à mon Dossier Médical Partagé (DMP), conformément aux dispositions légales visant à améliorer la coordination des soins.

Après avoir été informé.e de cette possibilité, je déclare par la présente

accepter

refuser

la transmission des comptes rendus orthophoniques sur mon DMP.

Je comprends que ce choix n'entraînera aucune conséquence sur la qualité de ma prise en charge par mon orthophoniste, si sur l'accès à d'autres soins.

Je reste informé.e que je peux revenir sur cette décision à tout moment en informant mon orthophoniste de mon souhait de voir les informations de mes soins et bilans ajoutées à mon DMP.

Je soussigné.e \_\_\_\_\_ déclare refuser la transmission des comptes rendus orthophoniques sur le DMP.

Fait à : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_

*Signature du patient ou du représentant légal :*