



CLINIQUE INTERNATIONALE DU
PARC MONCEAU

CONSENTEMENT AUX SOINS

ÉTIQUETTE PATIENT

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance : / /

Sexe : F M

Entretien avec le praticien : Lors de la consultation du : / /

Concernant le motif suivant :

Le praticien m'a donné des informations précises sur mes problèmes de santé et les raisons qui le conduisent à me proposer un projet de soins.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai également reçu toutes les indications et contre-indications nécessaires concernant ce projet de soins.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai compris que dans le cas où les soins proposés ne suffisent pas, sur décision médicale, une réorientation sera organisée. Dans ce cas, on me demandera mon accord par la signature d'un consentement éclairé.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Je reconnais que le praticien a répondu de façon complète et compréhensible à toutes les questions que j'ai souhaité lui poser.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

J'émetts cependant des restrictions : Si oui, préciser lesquelles :	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'autorise les divers examens nécessaires pour ma prise en charge.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
J'ai disposé d'un délai suffisant de réflexion et je donne mon accord pour les soins.	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

Date : / /

Signature du patient :

Signature du praticien :

AUTORISATION DE SOINS POUR MINEUR / MAJEUR PROTÉGÉ

PARENT 1 OU REPRÉSENTANT LÉGAL

PARENT 2

Nom d'usage : Nom d'usage :

Prénom : Prénom :

Tel : Tel :

autorisons / autorise, en qualité de titulaire(s) de l'autorité parentale / représentant légal

que des soins soient prodigués sur

ainsi que tous les examens nécessaires.

Date : / /

Signature parent 1 / représentant légal :

Signature parent 2 :

En application de l'article L1111-2 du code de la Santé Publique, la signature des deux parents est indispensable pour une prise en charge des mineurs sauf si l'autorité parentale est exercée par un seul parent. Dans ce cas, un justificatif doit être présenté à la visite d'anesthésie et en préadmission.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, de limitation et d'opposition aux informations qui vous concernent. Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL. Vous pouvez exercer ces droits en vous adressant au délégué à la protection des données par e-mail à l'adresse dpo.idf.groupe@almaviva-sante.com.