

CONTRAT D'ADHESION DES PATIENTS AU RESEAU PRE-RE-DIAB

Je soussigné(e) : Prénom

Nom de jeune fille

N° Sécurité Sociale : Date de naissance :/...../.....

Assuré (e) :

Demeurant :

.....

..... Téléphone :

Certifie que le(s) Docteur(s)m'a proposé d'adhérer au réseau PRE-RE-DIAB.

Il m'a indiqué que je suis libre d'accepter ou de refuser cette adhésion et que ma décision ne change pas nos relations pour la poursuite de mon traitement, et que :

«Les informations recueillies sont nécessaires pour votre adhésion. Elles font l'objet d'un traitement informatique et sont destinées au secrétariat de l'Association. En application des articles 39 et suivants de la loi 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 au secrétariat du réseau PRE-RE-DIAB. »

Je déclare avoir pris connaissance des objectifs du réseau, notamment au travers de la plaquette de présentation qui m'a été remise.

Je m'engage à :

- ↪ respecter la charte de fonctionnement du réseau PRE.RE.DIAB
- ↪ respecter les protocoles de soins et leur suivi
- ↪ compléter ou faire compléter les différents documents de suivi (carnet de podologie, carnet de glycémies, dossier médical, carnet de santé)
- ↪ donner l'autorisation d'inclure mon dossier dans la procédure d'évaluation du dispositif mis en place dans le respect de la législation en vigueur
- ↪ encourager la transmission à l'unité de coordination des informations me concernant
- ↪ prévenir la coordination de tout changement social ou de médecin traitant, me concernant en étant assuré de la confidentialité des données transmises
- ↪ répondre à une enquête de satisfaction portant sur les services rendus par le réseau

Le respect des ces engagements me permettra :

- de bénéficier de prestations dérogatoires
- d'accéder à la structure de coordination afin d'obtenir des informations et des conseils

Je pourrai à tout moment si je le désire quitter le réseau PRE.RE.DIAB. J'en informerai mon médecin traitant et l'unité de coordination.

Mon adhésion au réseau PRE.RE.DIAB prendra fin dans le délai d'un mois, à compter de la date d'information de l'unité de coordination.

Fait à le

Signature :