

FORMULAIRE D'IDENTIFICATION DES PATIENTS SANS MÉDECIN TRAITANT

- ⚠ **Suivant votre situation, vous pourrez être orienté vers divers services / réponses.**
- ⚠ **Nous confirmerons la réception de votre demande par courrier ou par mail.**

Les données renseignées dans ce formulaire seront traitées en interne par le personnel salarié de la CPTS et accessibles aux professionnels de santé de la CPTS. Les données seront conservées au maximum 5 ans après leur réception. Vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression des informations qui vous concernent. Pour toutes demandes d'information relatives à l'objectif de ce formulaire, au traitement de vos données ou au respect de leur confidentialité, vous pouvez nous adresser un mail à **psmtvdc@gmail.com**. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits « Informatique et Libertés » ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL.

NOM :

PRÉNOM :

DATE DE NAISSANCE :

ADRESSE – RUE :

COMMUNE :

CODE POSTAL :

N° TÉLÉPHONE :

ADRESSE MAIL :

1) Pouvez-vous vous déplacer ? ☐ Oui ☐ Non

2) Si oui, combien de km autour de votre domicile ? km

3) Avez-vous des contraintes (véhicule, problème de mobilité rendant difficile le déplacement, problèmes médicaux rendant difficile le déplacement, autres...) ?
.....

4) Êtes-vous atteint d'une affection longue durée ? ☐ Oui ☐ Non

5) Êtes-vous couvert par la Complémentaire Santé Solidaire ? ☐ Oui ☐ Non

6) Êtes-vous reconnu(e) comme personne en situation de handicap ? ☐ Oui ☐ Non

☐ J'atteste avoir bien pris connaissance de l'objet de ce formulaire.

☐ J'atteste avoir bien pris connaissance et être d'accord de la procédure concernant la collecte et le traitement de mes données ainsi que mes droits RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données).

☐ Je donne mon accord pour que les salariés de la CPTS réceptionnent, traitent et orientent (vers les soignants et/ou services compétents) ma demande et ma situation en concertation avec les professionnels de santé de la CPTS.

Date :

Lieu :

Signature :