

Je soussigné(e)

(À remplir par le patient majeur ou mineur)

NOM

Prénom

Né(e) le

Je soussigné(e)

*(À remplir le cas échéant par le titulaire de
l'autorité parentale, ou le mandataire judiciaire à la
protection des majeurs).*

NOM

Prénom

Né(e) le

Reconnais avoir été informé par Maison de Retraite S. BENICHO
des objectifs de l'utilisation de la télémédecine dans le cadre de ma prise en charge.

Je reconnais avoir été informé qu'aucun acte ou aucun traitement ne peut être pratiqué sans mon
consentement libre et éclairé.

Je reconnais avoir été informé que mes données sont hébergées par un hébergeur tiers, le GIP Pulsy, à
l'adresse suivante :

CARMI Est
Site de Metz, 21 avenue Foch BP 60570.
57 000 METZ CEDEX

Je reconnais avoir reçu une note d'information détaillée de l'utilisation de la télémédecine.

Je consens donc à bénéficier d'un acte de télémédecine et je reconnais la possibilité qui m'est réservée de
retirer mon consentement à tout moment sans la moindre conséquence sur la poursuite de mes soins et
examens.

Je consens à l'hébergement de mes données par le GIP Pulsy

Fait à

Le

SIGNATURE

(Du patient majeur ou mineur)

Fait à

Le

SIGNATURE

*(Du Titulaire de l'autorité parentale ou du mandataire
judiciaire à la protection des majeurs le cas échéant)*

Ce document doit impérativement être signé et inséré dans le dossier médical du patient.

