





















## Autorisation d'accès aux informations de santé

Je soussigné(e), Mme / Mlle / M. (NOM, Prénom) .....

Né(e) le : ..... à .....

Domicilié(e) : .....  
.....

Téléphone : \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_ / \_\_

**S'agissant de l'accès à mon dossier patient :**

J'accepte         Je refuse  
que les informations concernant ma santé soient transmises **aux médecins assurant mon suivi**.

J'accepte         Je refuse que les informations concernant ma santé soient transmises à :

**mes proches**                                     **à mes ayants droits en cas de décès**.

ou (dans les deux cas) à certains d'entre eux (précisez Noms et coordonnées) :

.....  
.....  
.....  
.....

**ATTENTION :** Je suis informé(e) de la nécessité de préserver la confidentialité de ces informations. J'ai pleine conscience du caractère confidentiel des informations de santé que je détien et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers, des données de santé qui me concernent (famille et entourage, assureurs, employeurs).

Fait à : .....

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

Signature :