

Je soussigné(e)

Mme, Mlle, Mr

NOM :

PRENOM :

Né€ le

Autorise le Docteur

NOM :

PRENOM :

A accéder à mon DMP pour mon suivi médical

Je l'autorise à le faire en tant que médecin traitant DMP* : OUI/NON

J'ai pris bonne note que je conserve à tout moment la possibilité de mettre fin à l'accès à mon DMP pour un professionnel de santé si je le souhaite.

Fait àle.....

- Le médecin traitant DMP a un accès à l'ensemble des documents et connexions. L'accès « non médecin traitant » est plus limité, notamment pour les documents auxquels je limiterais les accès ou l'accès aux connexions des autres intervenants.