

NON RESPECT DU LIBRE CHOIX DU PATIENT ET DES RÈGLES DÉONTOLOGIQUES ENTRE PROFESSIONNELS DE SANTÉ

Déclarant

Nom : Prénom :
Téléphone :
Adresse Pro :
Adresse Email :
Numero Adeli/Finess :

Identité patient.e concerné.e

Nom : Prénom :
Age :
Adresse :
Date de la prise en charge : / /

J'atteste que la société dénommée m'a imposé(e) ses IDEL

- sans avoir demandé préalablement si j'avais déjà un(e) IDE.
- n'a pas respecté mon choix de garder mon IDEL

- Remarques du ou de la patient(e) :
.....
.....

Remarques de l'IDEL

Date de constat de l'événement : / /
Lieu du constat :
Nom du prestataire :
Nom du chirurgien :

Remarque(s) et circonstances de l'événement

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

Signature
patient.e concerné.e



Signature
IDEL

