



FICHE D'ORIENTATION CONSULTATION MEMOIRE



&

CONSENTEMENT DU PATIENT

Date :

Personne/structure émettrice de la demande :

Motif et contexte de la demande :

Compte-rendu d'hospitalisation et autres résultats d'examens joints :

Patient :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Téléphone :

Mail :

Si nécessaire, personne à contacter pour la prise de rdv et lien de parenté :

J'accepte d'être contacté par l'association MND&Co. dans le cadre du dispositif MEMO I RE et de la consultation mémoire libérale.

Signature du patient :

L'association MND&Co. en qualité de responsable du traitement, traite vos données à caractère personnel dans le respect de la réglementation en vigueur. Vos données sont collectées et traitées pour vous permettre de profiter des actions que l'association met en œuvre. Les destinataires de vos données, sont les personnes autorisées au sein de l'association ou les professionnels de santé, qui sont en charge des actions, des opérations de support et du traitement des informations. Vous disposez d'un droit d'accès à vos données, de rectification et d'effacement. Vous bénéficiez également d'un droit de limitation du traitement et d'un droit d'opposition. Pour exercer ces droits, merci de nous adresser un courrier à MND&Co., 15 impasse Théophile Lallemand – 97424 L'Etang Salé