

**CONTRAT DU PATIENT**

**Je soussigné,**

Nom ..... Prénom .....

Adresse .....

Téléphone ..... Fax .....

E mail .....

- **déclare avoir pris connaissance des buts et des modalités de fonctionnement du Réseau Paris Diabète**, tels qu'exposés dans le Livret du Patient
- **décide d'adhérer à ce réseau et de bénéficier de ses apports**
  
- **m'engage à respecter les conditions suivantes :**
  - ❖ Consulter en priorité le médecin auquel je donne mon accord pour assurer mon suivi, ainsi que les professionnels du réseau pour tout problème en rapport avec le diabète ;
  - ❖ Accepter que les informations de mon dossier médical soient communiquées de façon anonyme aux personnes chargées de l'évaluation du réseau ;
  - ❖ Répondre périodiquement à un questionnaire anonyme de satisfaction, portant sur les services du réseau.

**J'ai bien noté également :**

- ❖ que je reste libre à tout moment de résilier mon adhésion au réseau ;
- ❖ que dans ce cas je ne bénéficie plus de ses services, mais que les documents médicaux me concernant seraient transmis au médecin de mon choix.

*Cet engagement est valable pendant 1 an, à compter de la date de signature, et renouvelable, sauf dénonciation, par tacite reconduction.*

Date : .....

Signature :