# Formulaire échange d'informations entre les prestataires de soins

Je soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………….(nom et prénom de l’usager de soin) représenté par lui-même ou par son parent ou son tuteur légal…………………………………………………………………………………………………. (nom et prénom du représentant) déclare avoir été informé oralement par le/la psychologue ou orthopédagogue clinicien(ne) sur les soins psychologiques de première ligne et l'échange d'informations entre le/la psychologue/orthopédagogue clinicien(ne) et mon médecin traitant.

**Je déclare donner mon accord/ne pas donner mon accord\* pour que mon médecin (généraliste) soit informé des soins psychologiques.**

J'ai été informé que mon non-consentement à l'échange d'informations entre les prestataires de soins ne remet pas en cause le remboursement des séances de soins psychologiques.

J’atteste que cette déclaration est correcte et a été faite librement.

Le présent formulaire est conservé dans le dossier du patient.

J’ai été informé de mes droits d’accès, rectification et de retrait, tels que par prévus par le Règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, qui peuvent être exercés auprès de mon psychologue (responsable de traitement).

Fait à …………………….…………… (lieu) , le ……………..……………..………… (date)

Signature de l’usager ou de son représentant légal:

Il est recommandé de rédiger ce formulaire en deux exemplaires ; un exemplaire doit être conservé par le psychologue/orthopédagogue clinicien dans le dossier du patient, un exemplaire peut être conservé par l’usager de soins ou son représentant.

[Ce modèle est fourni à titre d’exemple. Il peut être ajusté à la situation de l’usager.]