



Docteur,

Votre patient(e) M.-MME.....nous a été adressé(e) par.....

Pourriez-vous nous retourner dès que possible ce document indispensable du fait de nos statuts.

Avec nos remerciements.

### FORMULAIRE DE CONSENTEMENT DESTINÉ AU MÉDECIN DEMANDEUR

Je soussigné Docteur .....

MEDECIN GENERALISTE    NEUROLOGUE    GERIATRE    PSYCHIATRE

**DU PATIENT** : M. – MME - .....

Né(e) le ...../...../.....

ADRESSE .....

...../...../...../...../..... VILLE.....

TEL ...../...../...../...../..... PORTABLE ...../...../...../...../.....

**PERSONNE A CONTACTER** : M. – MME .....

ADRESSE .....

...../...../...../...../..... VILLE.....

TEL ...../...../...../...../..... PORTABLE ...../...../...../...../.....

\* sollicite le Réseau Mémoire Allier pour l'inclusion de mon patient au sein du Réseau Mémoire Allier

Donne mon accord pour l'inclusion de mon patient au sein du Réseau Mémoire Allier.

En retour, je serai destinataire des comptes rendus de toutes les interventions effectuées par les membres du Réseau Mémoire Allier.

Fait à ..... LE ...../...../.....

- « Je, soussigné, certifie avoir expliqué la nature et les objectifs du réseau au patient »

Le médecin précédera sa signature de la mention « lu et approuvé »

Signature

Cachet du médecin

