

## FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE DU PATIENT

Vu les articles L.1111-2; L.1111.4; R.4321-83; R.4321-84 du code de la santé publique

Je soussigné      Mme          Mr          Autre   

Nom : .....

Né(e) le .../.../..... en ma qualité de patient      à (ville et département).....

Ou du représentant légal ou du tuteur agissant pour le compte de

Nom : .....

Prénom : .....

Né(e) le .../.../..... en qualité de patient      à (ville et département).....

Atteste avoir été reçu(e) en consultation par ..... Masseur-Kinésithérapeute

Au centre de soins .....

En date du .../... / .....

Lors de cette consultation un entretien a été réalisé à l'occasion duquel j'ai été informé(e) concernant mon état de santé.

**« Je reconnais avoir reçu une information loyale, claire et appropriée que j'ai comprise, sur mon état de santé et l'ensemble des soins proposés. »**

**« Je reconnais que la nature de l'examen, les actes de rééducation et les actes supplémentaires au traitement initial ainsi que leurs risques et avantages ont été expliqués en termes que j'ai parfaitement compris. »**

**« J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations, j'ai reçu les réponses claires et précises. »**

**« En foi de quoi, j'accepte librement et volontairement la réalisation des actes de rééducation et des actes supplémentaires au traitement, conformément aux pratiques professionnelles. »**

*Un double \* sera conservé par le praticien*

Fait à ....., le .../ .../ .....

Signature précédée de la mention manuscrite « lu et approuvé » (du patient, du représentant légal ou du tuteur)

***\*Ce document constitue une collecte de données personnelles de santé et, à ce titre, obligation est faite au masseur kinésithérapeute de respecter les obligations de la loi informatique et libertés et du règlement général sur la protection des données.***