

BULLETIN D'ADHÉSION PATIENT AU RÉSEAU *Merci de remplir TOUS les champs*

**rayer les mentions inutiles*

Je soussigné(e)

*représentant(e) légal(e) de.....

déclare adhérer à la charte de RHAPSOD'IF et m'engage à en respecter les règles.

J'ai eu la possibilité de lire la charte et de comprendre les implications de mon adhésion. Il m'a été laissé suffisamment de temps pour réfléchir à ma/la* participation de (nom / prénom du bénéficiaire des soins) , et d'en discuter avec elle/lui afin de recueillir, lorsque cela est possible, son consentement. Je suis libre d'accepter ou de refuser.

Je donne mon accord pour que les informations concernant la prise en charge bucco-dentaire soient centralisées au niveau de la cellule de coordination de RHAPSOD'IF en vue de l'évaluation de l'activité du réseau.

Patient : NOM Prénom :

Date de naissance :/...../..... Sexe : M F

Etablissement : Oui Non si Oui, Nom de l'Etablissement :

Y a-t-il eu une campagne de prévention RHAPSOD'IF dans l'établissement : Oui Non

Type Handicap :

Fauteuil roulant : Oui Non Si oui : Electrique Manuel

Coopération du patient pendant le soin : Bonne Moyenne Difficile

Le patient a-t-il un brossage des dents : Régulier Partiel Difficile Avec aide

Le patient a-t il eu des soins dentaires auparavant : Oui Non (si oui, ligne suivante)

Type : Anesthésie générale MEOPA (gaz) Avec aide médicamenteuse Sans rien

Où : Hôpital Cabinet de ville Centre de santé

Protection sociale : Sécurité sociale Mutuelle CMU CMU-C AME

Joindre un justificatif de handicap (carte d'invalidité ou attestation MDPH ou fréquentation d'un établissement spécialisé ou certificat médical)

Coordonnées de la personne à contacter :

NOM : Prénom :

Adresse : CP : Ville :

Téléphone : Email :

Si vous êtes le(la) représentant(e) légal(e), êtes-vous ?

Père/Mère Fils/Fille Frère/Sœur Autre (précisez) :

Avez-vous besoin d'être orienté(e) vers un chirurgien-dentiste pour une prise en charge spécifique ?

Oui Non car j'ai déjà un dentiste RHAPSOD'IF (nom)

Fait à : , le...../...../.....

Signature Précédée de la mention manuscrite

« J'accepte la charte du réseau et déclare vouloir y adhérer »

Informatique et libertés :

Les informations demandées sur le présent document sont nécessaires au traitement et à la gestion de votre adhésion. Elles seront recensées dans le fichier informatique de l'association, déclaré auprès de la CNIL (déclaration n° 1426743). En vertu de l'article 34 de la loi "Informatique et Libertés" du 6 janvier 1978 vous disposez d'un droit d'accès, de modification et de rectification des données qui vous concernent.

Merci de compléter et renvoyer ce document accompagné d'un justificatif de handicap à :
RHAPSOD'IF – 12 rue Pierre Semard 94700 - MAISONS-ALFORT 09.63.62.52.72
Ou par mail : **contact@rhapsodif.fr**