Programme national d'éducation thérapeutique des patients diabétiques de type 2 dans les centres d'examens de santé de l'Assurance Maladie

Formulaire d'accord médecin traitant
pour la participation du patient au programme

Nom du patient : ……. Prénom : …….

Date de naissance : / /

Numéro de téléphone : / / / /

Mon/Ma patient/e est :

1- Agé/e de 30-75 ans
2- Bénéficiaire du régime général de l'Assurance Maladie
3- Diabétique de type 2 (<=2 injections d'insuline par jour)
4- N'a pas participé à un programme d'éducation thérapeutique dans les 2 ans qui précèdent

Je donne mon accord *pour la participation de mon patient au programme ETP DT2*

Fait à : …… Signature du médecin Cachet

Le ……

Merci d'adresser ce formulaire au Centre d'examens de santé à l'adresse mentionnée ci-dessous :

Coordonnées du Centre d'examens de santé

.