



## Contrat d'adhésion patient

Je soussigné .....  
N° de sécurité sociale \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_ / \_  
Caisse d'affiliation .....  
demeurant à .....  
certifie que

Le Docteur..... m'a proposé d'adhérer au réseau ASPREMA. Ce réseau est promu en collaboration avec les Cliniques et Hôpitaux de la région avec le soutien des Caisses d'Assurance Maladie. Il m'a précisé que je suis libre d'accepter ou de refuser, cela ne changera pas nos relations pour mon traitement. Je garde le libre choix de mes médecins.

### **Afin d'éclairer ma décision, j'ai reçu et j'ai bien compris les informations suivantes :**

Le but du Réseau de Soins est d'améliorer la qualité des soins aux patients atteints de facteurs de risques cardio-vasculaires, dans le respect de leur libre choix, grâce à :

- une plus grande coopération entre les différents médecins, paramédicaux et établissements de soins
- l'engagement des ces médecins généralistes, spécialistes et paramédicaux à appliquer les recommandations et les données scientifiques les plus récentes
- l'offre de nouveaux services : des consultations de diététique, de lutte anti-tabac, d'éducation des diabétiques, de lutte contre la sédentarité, de soutien psychologique.

En adhérant au réseau, je bénéficie pleinement de ces améliorations et de ces services.

### **J'accepte d'adhérer à ce réseau dans les conditions précitées.**

Mon consentement ne décharge en rien les médecins qui me soignent de leurs responsabilités. Je pourrai à tout moment, si je le désire, arrêter ma participation au Réseau sans supporter aucune pénalisation mais j'en informerai mon médecin traitant.

L'évaluation du réseau fera appel à des données extraites de mon dossier médical. J'autorise mon médecin traitant à communiquer à l'assurance maladie mon adhésion au Réseau et à transmettre ces données aux personnes en charge de l'évaluation. Ces données pourront être saisies et traitées sur informatique à la condition de respecter mon anonymat, dans le respect du secret médical.

Le réseau a fait l'objet d'une déclaration à la CNIL et conformément à l'article 27 de la loi Informatique et Liberté, je disposerai d'un droit d'accès et de rectification des données me concernant en prenant contact avec le secrétariat de l'ASPREMA.

Ce contrat d'adhésion a fait l'objet d'un visa du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins du Haut-Rhin le 5 Mars 2003.