

Soignants et Consentement

À tous les prestataires de soins de santé pour:

Nom du Patient : _____

Date de naissance : _____

Et à tous les Représentants, Filiales, Sociétés Mères, Avocats, Chefs de Département, Responsable de la Qualité, Chef du Personnel Médical, Directeur Médical, Comité Exécutif Médical, Conseil d'Administration/Administrateurs

À l'att. Du Directeur Général de l'Hôpital/Établissement

Objet: Document des Soignants et de Consentement

Ci-joint, mon document des soignants et de consentement. Veuillez-vous assurer que ce document des soignants et de consentement soit clairement accessible dans le dossier médical électronique à tout moment et pour tous mes prestataires de soins.

Merci à l'avance pour l'attention que vous porterez à ce sujet.

Signature : _____ Date : _____

Nom en lettres majuscules : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Email : _____

RECONNAISSANCE NOTARIÉ

État de : _____ Comté de : _____

Le signataire de ce document s'est PERSONNELLEMENT présenté devant moi et a été reconnu par moi, le notaire soussigné, sous le nom

_____ ,

résident du comté de _____ , État de _____ .

Ma commission expire le : _____

Notaire public : _____