## Prescripteur

NOM :

PRÉNOM :

MASSEUR - KINESITHERAPEUTE

ADRESSE :

N° ADELI :

N° RPPS :

## Patient

NOM :

PRÉNOM :

ÂGE :

DATE DE NAISSANCE :

RANG GEMELLAIRE :

N° SS :

MT & N° ADELI :

COTATION : **LETTRE-CLÉ RQD**.

DATE :

**ACTE DE TÉLÉ-EXPERTISE**

**-**

**SERVICE REQUIS : CHU PELLEGRIN**

**-**

**SERVICE DERMATOLOGIE CHU BORDEAUX**

**-**

**N° FINESS DU PROFESSIONNEL REQUIS : 330781360**

SIGNATURE ET/OU CACHET :

URPS MK NA
Télédermatologie

# *CONSENTEMENT du PATIENT*

***(acte de télé-expertise sécurisé RGPD - prise de photos - fiche information patient et au recueil anonymisé en vue de recherche et/ou publication )***

***Par la présente, j'autorise le masseur-kinésithérapeute à faire une requête en télé-expertise auprès du service de dermatologie partenaire et j'atteste avoir pris connaissance de la notice pour requête en télé-expertise dermatologique.***

***Nom et prénom du patient***
***+ signature avec mention "lu et approuvé" :***

*Télé-expertise dans une limite de 2 actes par an, par masseur-kinésithérapeute, pour un même patient.*