

CONTRAT MORAL



Je soussigné(e), Mlle, Mme, M. :

Nom : **Prénom :**

M'engage à :

- ❖ Respecter le règlement intérieur de l'établissement. (Affiché sur le tableau d'affichage du hall à côté de l'accueil).
- ❖ Ne pas consommer de boissons ou d'aliments autres que ceux autorisés par l'établissement.
- ❖ Ne pas quitter l'établissement durant mon hospitalisation sans en avoir informé le personnel soignant et signé une décharge le cas échéant.
- ❖ Adopter un comportement adapté à un établissement hospitalier.
- ❖ Respecter l'usage du vouvoiement envers les membres de l'équipe pluridisciplinaire y compris les éventuels stagiaires.
- ❖ Respecter les horaires d'arrivée et de chaque activité prévue sur le planning.

Je suis informé(e) :

- ❖ Du caractère confidentiel des informations de santé et des risques d'un usage non maîtrisé, notamment du fait de la sollicitation de tiers (famille, entourage, assureur, employeurs)
- ❖ Que je peux avoir accès, selon la procédure en vigueur, à mon dossier médical (selon la loi du 4 Mars 2002 en application) durant mon hospitalisation, ou après.
- ❖ Qu'un certain nombre d'informations me concernant sont informatisées. Il m'est possible de les consulter et en cas d'erreur d'en demander la correction auprès de :
 - L'accueil pour les informations administratives
 - Du Médecin du secteur pour les informations médicales
- ❖ Que toute annulation de journée doit être communiquée 48h à l'avance minimum
- ❖ Que toute annulation communiquée après le délai de 48h et non justifiée par un certificat médical fera l'objet, au bout de trois reprises, d'un arrêt de l'hospitalisation.
Par ailleurs, les journées annulées ne pourront plus être reportées pour le bon fonctionnement de l'Hôpital de Jour.

Je souhaite :

- ❖ La non-divulgaration de ma présence OUI NON
- ❖ Recevoir des communications téléphoniques OUI NON

Je certifie :

- ❖ Prendre à ma charge le règlement des frais non pris en charge par mon organisme de Sécurité Sociale et/ou mutuelle.
- ❖ Autoriser l'établissement à utiliser ma photo à des fins d'identification durant mon séjour.

Fait à NICE le :/...../.....

Signature du patient