

Je soussigné€ :

Résidant :

Ayant la qualité de : patient majeur

Déclare avoir reçu une information claire sur ce protocole.

J'autorise les orthoptistes participant au protocole relatif *au renouvellement/adaptation des verres correcteurs*, à réaliser le bilan ophtalmologique sans prescription préalable et en l'absence de l'ophtalmologiste.

Je n'autorise pas les orthoptistes participant au protocole relatif *au renouvellement/adaptation des verres correcteurs*, à réaliser le bilan ophtalmologique sans prescription préalable et en l'absence de l'ophtalmologiste.

Fait à :

Le :

Signature

Nom et qualité de la personne qui a informé le patient :

*Nous vous remercions de votre coopération et restons à votre disposition pour toute information que vous souhaiteriez obtenir.*