

Modèle de convention

Je, soussigné(e), (nom, prénom, adresse),
déclare par la présente :

- nommer comme mon pharmacien de référence, le pharmacien (nom, prénom, n° INAMI), exerçant dans la pharmacie (nom, adresse, numéro de matricule) ;
- avoir reçu une information claire ainsi qu'une brochure explicative concernant :
 - les démarches de mon pharmacien de référence pour me suivre et me conseiller dans l'usage de mes médicaments,
 - mes droits liés à ce service, à savoir :
 - que cette convention doit être le fruit d'un choix personnel et libre,
 - qu'à tout moment, je peux changer de pharmacien de référence,
 - qu'à tout moment je peux mettre un terme à cette convention et à cette prestation de service ;
- avoir donné mon consentement pour :
 - un *suivi des soins pharmaceutiques*, pour que mon pharmacien puisse, par exemple, me proposer un entretien d'accompagnement pour bien prendre mes médicaments,
 - le *partage électronique de mes données de santé* avec les autres prestataires de soins s'occupant de moi (eHealth Consent) ;
- que pour ce service, rien ne me sera facturé et je suis informé que l'honoraire du pharmacien pour ce service (31,80 €) est à la charge de l'INAMI ;
- avoir reçu mon schéma de médication, c'est-à-dire un aperçu complet des médicaments que je prends précisant leurs posologies et leurs moments de prise.

Fait à (localité)

le (date)

en deux exemplaires, un pour le patient et l'autre pour le pharmacien.

Signature :