

## Déclaration de consentement

Déclaration de consentement de la patiente / du patient pour la prise d'un traitement avec préparation à base de cannabis médical

Nom et prénom : .....

**Concerne : par ex. Traitement avec .....**  
**(nom et concentration de la préparation)**

Je confirme par la présente

( ) que j'ai eu un entretien d'information avec le médecin

( ) que j'ai eu la possibilité raisonnable lors de cet entretien de poser des questions concernant le traitement

( ) que je donne mon accord pour suivre la thérapie proposée à base de la préparation susmentionnée.

Date : .....

Cachet / Signature du médecin

Signature de la patiente / du patient

.....

.....