|  |  |
| --- | --- |
| Nom :Prénom :Adresse :Téléphone :  |  |
|  | **Dre Florence HOAREAU**Dermatologie et Vénéréologie FMHCentre médical MontchoisiChemin des Allinges 16 bis1006 Lausanne |

**TRANSMISSION DE MON DOSSIER MÉDICAL**

J’accepte que mon dossier médical complet soit envoyé au :

Dr (nom, prénom) :

Adresse mail du médecin :

Je prends note que mon médecin a l’obligation de garder une copie de mon dossier médical au moins pendant 20 ans (art.87 al.5 de la loi sur la santé publique).

Lieu et date:

Signature:

(original signé au médecin et copie conforme au patient)





