

Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Dre Florence HOAREAU
Dermatologie et Vénérologie FMH
Centre médical Pully
Avenue Charles Ferdinand Ramuz 106
1009 Pully

REMISE DE MON DOSSIER MÉDICAL

Je vous prie de me remettre mon dossier médical dans son intégralité.

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).

Je suis conscient-e de ma responsabilité en cas de perte ou de détérioration des documents.

Lieu et date:

Signature:

(original signé au médecin et copie conforme au patient)

Je souhaite récupérer mon dossier en personne au cabinet

Je souhaite recevoir mon dossier par courrier postal