Prénom et nom de famille

Rue

NPA Lieu

*Recommandé*

Institution de santé

Professionnel ou département

Rue

NPA Lieu

Lieu et date

**Demande de consultation du dossier médical**

A qui de droit,

En vertu des dispositions fédérales et cantonales dans les domaines de la protection des données et des droits des patients, je vous envoie par la présente ma demande d'accès à mon dossier médical et vous prie de bien vouloir m’envoyer sous 30 jours une copie :

de l’ensemble de mon dossier médical

de tous les documents médicaux de mon dossier médical depuis le DD.MM.AA

uniquement des documents suivants :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Merci de me les faire parvenir :

au format numérique, sur mon dossier électronique du patient (DEP) ou par email sécurisé

au format papier, par courrier recommandé

Dans l’attente de votre retour, veuillez recevoir, Madame, Monsieur, mes meilleures salutations,

Nom et signature

*Pièce jointe : Copie de ma pièce d’identité*