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*