



## FORMULAIRE DE DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL POUR LES PATIENTS

à envoyer à [servicemedical@rfsm.ch](mailto:servicemedical@rfsm.ch)

Nom : ..... Prénom : .....

Né-e le : ..... N° AVS : .....

Adresse et localité : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**Je vous prie de bien vouloir me transmettre :**

- |                                                                              |       |
|------------------------------------------------------------------------------|-------|
| <input type="checkbox"/> Lettres de sortie                                   | ..... |
| <input type="checkbox"/> Rapports de consultation                            | ..... |
| <input type="checkbox"/> Examens/rapports psychologiques/neuropsychologiques | ..... |
| <input type="checkbox"/> Analyses de laboratoires et ECG                     | ..... |
| <input type="checkbox"/> Examens radiologiques                               | ..... |
| <input type="checkbox"/> Autres, à préciser                                  | ..... |

**Dates et services :**

**Par la présente je demande que les documents (un seul choix possible) :**

- Me soient adressés selon le moyen de transmission suivant :
- Par courriel sécurisé
  - Par courrier postal confidentiel et recommandé à (*nom et adresse*)
- Soient adressés au médecin ou thérapeute ci-dessous :
- Nom, prénom et institution : .....
- Adresse, NPA-localité : .....
- Email : .....

**Date :** ..... **Signature :** .....



*Joindre impérativement une copie de pièce d'identité (sans ce document votre demande ne sera pas traitée)*