



FORMULAIRE DE DEMANDE DU DOSSIER MEDICAL POUR LES PATIENTS

à envoyer à 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)