



FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSMISSION D'ACTES MEDICAUX À UNE TIERCE PERSONNE

à envoyer à servicemedical@rfsm.ch

Patient :

Nom : Prénom :

Né-e le : N° AVS :

Adresse et localité :

Téléphone : Email :

La personne susnommée est actuellement suivie par :

Nom :

Institution :

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 me soient adressés :

- par courrier postal confidentiel et recommandé à :

Nom, prénom et institution :

Adresse, NPA-localité :

- par courriel sécurisé à..... :

Date : **Signature :**

AUTORISATION DU PATIENT/DE LA PATIENTE

Je soussigné-e, Mme/M.

autorise

à transmettre à

les documents sélectionnés ci-dessus me concernant.

Signature :