

Prénom/nom

Adresse

NPA/localité

Lieu et date

Adresse du
médecin

.....

.....

Demande d'accès à mon dossier médical

Madame, Monsieur,

Souhaitant exercer le droit de consultation que me confèrent l'art. 60 de la Loi du 16.11.1999 sur la santé (LSan) ainsi que les art. 23 ss de la Loi du 25.11.1994 sur la protection des données (LPrD), je vous prie de bien vouloir dans un délai de 30 jours (*cocher ce qui convient*) :

- me faire parvenir l'original de mon dossier médical ;
- me faire parvenir une copie de mon dossier médical ;
- transmettre mon dossier au ou à la professionnel(le) de la santé suivant(e) :

Prénom/nom

Adresse

.....

Je vous saurais gré de me confirmer que les renseignements communiqués sont complets et corrects.

En vous remerciant d'avance pour votre collaboration, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'assurance de ma considération distinguée.

Signature

Annexe: copie d'une pièce d'identité