|  |  |
| --- | --- |
| Nom :Prénom :Adresse :Téléphone :  |  |
|  | **Dre Florence HOAREAU**Dermatologie et Vénéréologie FMHCentre médical MontchoisiChemin des Allinges 16 bis1006 Lausanne |

**REMISE DE MON DOSSIER MÉDICAL**

Je vous prie de me remettre mon dossier médical dans son intégralité.

Je prends note que mon médecin a l’obligation de garder une copie de mon dossier médical au moins pendant 20 ans (art.87 al.5 de la loi sur la santé publique).

Je suis conscient-e de ma responsabilité en cas de perte ou de détérioration des documents.

Lieu et date:

Signature:

(original signé au médecin et copie conforme au patient)

Je souhaite récupérer mon dossier en personne au cabinet

Je souhaite recevoir mon dossier par courrier postal





