

Nom :
Prénom :
Adresse :
Téléphone :

Dre Florence HOAREAU
Dermatologie et Vénérologie FMH
Centre médical Pully
Avenue Charles Ferdinand Ramuz 106
1009 Pully

TRANSMISSION DE MON DOSSIER MÉDICAL

J'accepte que mon dossier médical complet soit envoyé au :
Dr (nom, prénom) :
Adresse mail du médecin :

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).

Lieu et date:

Signature:

(original signé au médecin et copie conforme au patient)