

Nom :  
Prénom :  
Adresse :  
Téléphone :

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

### **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