

Demande de documents médicaux de la part d'un-e patient-e

Ce formulaire permet aux patientes et aux patients d'Unisanté de demander une copie de documents médicaux ou d'en demander la transmission à un-e médecin ou autre professionnel-le de la santé.

IMPORTANT : Merci de retourner le formulaire ci-dessous complété et signé avec une copie recto verso de votre pièce d'identité par courrier postal ou par courriel à l'adresse suivante :

Unisanté – Policlinique médicale universitaire
Direction médicale
Route de la Corniche 21
1010 Lausanne
direction.medicale@unisante.ch

**Une demande sans copie de la pièce
d'identité ou sans signature
manuscrite ne sera pas traitée**

Je soussigné-e (EN MAJUSCULE)

Nom : Prénom(s) :

Date de naissance : No AVS : 756.

Adresse :

NPA – localité - pays :

Téléphone : Email :

Documents demandés :

☐ Copie de l'entier de mon dossier médical

☐ Documents médicaux spécifiques :

☐ Rapports de consultation, précisions :

☐ Rapports de laboratoires, précisions :

☐ Rapports d'imagerie, précisions :

☐ Certificats d'incapacité de travail, précisions :

☐ Ordonnance, précisions :

☐ Autres à préciser :

Par la présente, je demande que les documents mentionnés ci-dessus :

☐ me soient transmis :

☐ Par mail sécurisé (un code d'accès au mail crypté vous sera envoyé par sms)

☐ Soient publiés dans mon Dossier électronique du patient (DEP)

Les patients ne disposant pas d'un accès à internet ont la possibilité de solliciter la remise de leur dossier médical sous format papier ou sur support numérique (clé USB) en main propre. Cette demande doit être adressée à la Direction médicale. Nous encourageons toutefois, dans la mesure du possible, l'utilisation des canaux numériques, qui offrent davantage de rapidité et de sécurité.

☐ soient transmis au médecin ou professionnel-le de la santé mentionné ci-dessous par mail sécurisé:

Dans ce cas, j'accepte de délier du secret médical les professionnels de la santé d'Unisanté envers ce tiers.

Nom et prénom :

Adresse :

NPA et localité :

Téléphone : Email :

Lieu et date : Signature :