

Demande de documents médicaux de la part d'un·e médecin

Ce formulaire est rempli lorsqu'un·e médecin externe à Unisanté, impliqué dans la prise en charge d'un·e patient·e qui est ou a été suivi·e à Unisanté, demande une copie de documents médicaux.

Merci de retourner le formulaire ci-dessous complété et signé 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

Coordonnées du ou de la patient·e (EN MAJUSCULES)

Nom et prénom : F H

Date de naissance : No AVS : 756. _____

Documents demandés :

- Copie de l'entier du dossier médical du ou de la patient·e susmentionné·e
 Documents médicaux spécifiques :

- Rapport de consultation, précisions :
- Rapport de laboratoires, précisions :
- Rapport d'imageries, précisions :
- Certificat d'incapacité de travail, précisions :
- Ordonnance, précisions :
- Autres à préciser :

Par la présente, j'atteste effectuer cette demande avec l'accord du ou de la patient·e* :

Nom et prénom du ou de la médecin :

Spécialité :

Adresse :

NPA et localité :

Téléphone :

Email (de préférence sécurisé):

Lieu et date : Signature du médecin :

Timbre du médecin :

*** Patient mineur**

Moins de 12 ans : La demande doit être effectuée avec l'accord d'un des parents
12 ans révolus et plus : La demande doit être effectuée avec l'accord de celui-ci