Votre prénom et nom

Votre adresse

NPA Localité
Votre adresse mail

 **Recommandé**

 Destinataire (Hôpital, pharmacie, etc.)

 Spécialiste ou service

 Rue

 NPA Localité

 [[Lieu et date]]

**Mes documents médicaux**

Madame, Monsieur,

Je voudrais compléter mon **Dossier électronique du patient** (DEP).

**Je souhaite y mettre :**

[ ]  tous mes documents médicaux

[ ]  mes documents médicaux à partir du : [[mettre la date]]

[ ]  seulement les documents suivants : [[écrire ici quels documents]]

**Je vous demande :**

[ ]  d’envoyer ces documents sous la **forme électronique**
 (directement dans mon DEP ou à mon adresse mail)

[ ]  d’envoyer ces documents **version papier**, chez moi,
 par la poste (en recommandé)

**Bon à savoir** : J’ai le droit de recevoir mes documents médicaux
et de les transmettre aux professionnels de la santé.

C’est écrit dans la loi sur la protection des données.

Grand merci et meilleures salutations

Signature du/ de la patient-e Signature du/de la représentant-e légal-e

[[signer ici]] [[signer ici]]

En annexe : une copie de ma carte d’identité (ou passeport, ou permis de séjour)