

Expéditeur:

Prénom/Nom

Adresse

NPA/Localité

Lettre recommandée

Adresse du
médecin

.....

.....

.....

Lieu et date

Demande de renseignements

Cher Monsieur le Dr.

Chère Madame Dr. (biffer la mention inutile)

Par la présente, je fais usage de mon droit d'accès légal selon l'article 8 de la loi fédérale sur la protection des données du 19 juin 1992 et vous prie de me faire parvenir une impression ou des copies de l'ensemble de mon dossier médical dans un délai de 30 jours. Vous voudrez bien confirmer que les documents qui m'ont été remis sont complets et exacts.

Pour ma légitimation, je joins la copie d'une pièce d'identité officielle.

Je vous remercie vivement de vos efforts.

Avec mes meilleures salutations.

Signature

Annexe : copie de ma pièce d'identité