**Courrier A Plus**

Nom de l’hôpital/du cabinet médical

Rue

Lieu

[expéditeur: prénom et nom

Rue et numéro

Lieu]

Lieu, date

**Demande de consultation de mon dossier médical**

Dr [nom du/de la médecin,

Je fais par la présente valoir mon droit d’accès visé à l’art. 8 LPD et vous prie de bien vouloir me faire parvenir gratuitement des copies ou des documents imprimés de l’intégralité de mon dossier médical.

*[remarque à supprimer avant l’envoi: La copie du dossier patient est en principe transmise gratuitement. Des frais peuvent toutefois être facturés notamment si le dossier médical est très volumineux. Les conditions sont régies par les lois et les ordonnances cantonales.*

Veillez à me transmettre, outre le dossier patient, l’ensemble des documents préopératoires, des rapports d’opérations, des dossiers d’anesthésie, des documents de consultations, des examens radiologiques et des échographies ainsi que des protocoles de soins.

Je vous prie de me confirmer lors de l’envoi du dossier patient que les documents sont complets.

Je vous joins une copie d’une pièce d’identité m’appartenant *[carte d’identité, passeport, etc.].*

Je vous remercie par avance de votre diligence.

Veuillez agréer, Madame/Monsieur, mes salutations distinguées.

Prénom et nom

*Documents joints: Copie de ma pièce d’identité*