

Formulaire réservé aux médecins exclusivement

Coordonnées du patient :

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Rue : _____ NPA, localité : _____

Documents demandés :

Lettre de sortie, dates et spécialités : _____

Rapport de consultation, dates et spécialités : _____

Protocole opératoire, dates et spécialités : _____

Rapport radiologique, dates et spécialités : _____

Rapport examen (spécifier), dates : _____

Analyses laboratoires, dates : _____

Autres (préciser) : _____

Dossier complet : _____

Pour les demandes de dossier complet, merci de motiver votre demande (à noter qu'un délai de 4 semaines est nécessaire)

Coordonnées du médecin demandeur :

Nom et prénom : _____ NPA, localité : _____

Téléphone : _____ Fax : _____ e-mail : _____

Date : _____

Timbre et signature du médecin OBLIGATOIRE

Par ma signature, je certifie avoir obtenu l'accord formel du patient m'autorisant à accéder aux documents médicaux demandés.

J'effectue la présente demande en accord avec la volonté du patient.

Formulaire à transmettre :

Site d'Yverdon

Médecine : hospmed@ehnv.ch

Chirurgie générale : hospchg@ehnv.ch

Chirurgie orthopédique : hospcho@ehnv.ch

Gynécologie-obstétrique : hospgynoped@ehnv.ch

Pédiatrie : hospgynoped@ehnv.ch

Radiologie : radiologie.yverdon@ehnv.ch

Anesthésie : secretariat.anesthesieyve@ehnv.ch

Policlinique de chirurgie et d'orthopédie : poli.chir@ehnv.ch

Site de Saint-Loup

Secrétariat médical : secmed.stloup@ehnv.ch

Radiologie : radiologie.st-loup@ehnv.ch

abC : secretariat.abc@ehnv.ch

Site d'Orbe et de Chamblon

secmed.ChamblonOrbe@ehnv.ch

Demandes générales : acces.dossier@ehnv.ch

