

# Formulaire de consentement

Je soussigné

Nom

Prénom

Date de naissance

Autorise le secrétariat médical de l'HIB à transmettre une copie

- d'avis/lettre de sortie de mon dernier séjour à l'HIB
- de ma dernière consultation aux urgences de l'HIB
- du rapport d'anesthésie
- des rapports de radiologie / IRM / scanner
- de mes derniers résultats de laboratoire

Au professionnel de la santé suivant :

Nom

Prénom

Adresse

Ville

No de Fax

Lieu et date

Signature du requérant

Ce document est à envoyer par email à : [archives.medicales@hibroye.ch](mailto:archives.medicales@hibroye.ch)

