Hôpital ophtalmique
Jules-Gonin
Service universitaire d'ophtalmologie
Fondation Asile des aveugles

Demande de copie du dossier médical / Remise du dossier original

Le délai d'attente est compris entre 3 et 6 semaines en fonction de la complexité du dossier et du nombre de demandes en cours.

Coordonnées du-de la patient-e

Nom et prénom : _____ Né-e le **:** _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Email : _____

Documents demandés (cocher ce qui convient)

☐ Copie du dossier médical :
Je souhaite recevoir une copie de l'intégralité de mon dossier. Les documents originaux sont conservés par l'établissement pendant toute la durée légale de conservation.

☐ Dossier médical original :
Je souhaite recevoir les documents originaux de mon dossier médical.

☐ Copie des trois dernières consultations

☐ Autre, à préciser : _____

Mode de remise du dossier patient (veuillez cocher une seule case svp)

☐ Je souhaite recevoir les documents demandés par courrier recommandé à mon domicile

☐ Je souhaite que les documents demandés soient adressés directement au médecin ou thérapeute ci dessous :

Nom et prénom : _____

Adresse, localité, pays : _____

Signatures

Pour les patient-e-s mineur-e-s :

- **Moins de 12 ans : signature des deux parents** et copies de leurs documents d'identité.
- **12-14 ans : signature des deux parents, ainsi que de l'enfant**, si capable de discernement et copies de leurs documents d'identité.
- **15 ans révolus et plus : signature du-de la patient-e** uniquement, si capable de discernement.

En cas d'autorité parentale détenue par un seul parent, le parent demandeur joint à cette demande la convention attestant de la détention de l'autorité parentale.

Je soussigné-e, confirme avoir pris connaissance des conditions requises pour l'exécution de la demande et en accepte les modalités.

Lieu : _____ Date : _____ Signature : _____
(Patient-e)

Signature: _____ Signature: _____
(Parent/Représentant) (Parent/Représentant)

A retourner à : C.A.M.A, Av. de France 15 • CP 1, CH-1001 Lausanne (cama@fa2.ch)

Veuillez joindre une copie de pièce d'identité avec signature visible – sans ce document votre demande ne sera pas traitée

Hôpital ophtalmique
Jules-Gonin
Service universitaire d'ophtalmologie
Fondation Asile des aveugles

Request for copy of medical file / Delivery of original file

Waiting time is estimated between 3 and 6 weeks, depending on the complexity of the file and the current number of pending requests.

Patient information

Full Name : _____ Date of Birth : _____

Address : _____

Phone Number : _____ Email : _____

Requested documents

☐ Copy of entire medical record:
I would like to receive a copy of my complete file. The original documents are retained by the institution for the entire legally required retention period.

☐ Request for the original medical file
I would like to receive the original documents from my medical file.

☐ Copy of the last three consultations

☐ Other, please specify: _____

Delivery method (please select one option only)

☐ I would like to receive the requested documents by registered mail to my home address
☐ I would like the requested documents to be sent directly to the doctor or therapist indicated below:

Full Name: _____

Adress, town, country: _____

Authorization

For minor patients:

- **Under 12 years: Both parents must sign** and provide copies of their identity documents.
- **Ages 12-14 years: Signatures of both parents and the child (if capable of discernment)** are required, along with copies of their identity documents.
- **15 years and older: Only the patient's signature is required,** if capable of discernment.

If parental authority is held by one parent, the requesting parent must include the legal document attesting to parental authority.

I, the undersigned, confirm that I have read and understood the conditions for processing this request and accept the terms and conditions.

Place : _____ Date : _____ Signature : _____
(Patient)

Signature: _____ Signature: _____
(Parent/Representative) (Parent/Representative)

Please return to : C.A.M.A, Av. de France 15 - CP 1, CH-1001 Lausanne (cama@fa2.ch)

Please attach a copy of your identification document with a visible signature - Requests without this document will not be processed.