Demande de comptes-rendus/résultats (fax à: 031 632 22 33)

Expéditeur (adresse ou timbre):

Nom/Prénom

Rue

NPA/Lieu

Téléphone

E-Mail

Fax

**Nom et prénom patient(e)**

Date de naissance

Rue / NPA / Lieu

**J'accepte que mon médecin traitant puisse demander à la Clinique universitaire de Dermatologie les documents concernant le (la) patient(e) susmentionné(e).**

Signature (patient(e) ou représentant légal):

**Compte-rendu / résultats souhaité(s)**

[ ]  Compte-rendu d’hospitalisation (année?)

**[ ]** Compte-rendu de consultation (année?)

* de quel médecin?
* dernière consultation le

**[ ]** Compte-rendu d‘histologie (année ?)

Autres

*A remplir par l’hôpital de l‘Ile*

Signature (médecin l’hôpital de l’Ile) …………………………………………… (timbre / signature)

Envoi du compte-rendu le ……………………. à l’adresse susmentionnée

Meilleures salutations

Secrétariat Dermatologie