## CHVR Prestations DMIG

## CHVR/SZO - Demande de dépôt de documents dans le DEP (CARA)



Réf. : FO-xxxx Version : 2

Processus : 3.2.03.01 Généralités - Prise en charge médicale

Le présent formulaire doit être rempli par tout patient afin de demander le dépôt de documents dans son DEP. Vous avez la possibilité de transmettre ce document directement à l'adresse suivante : <a href="mailto:dep@hopitalvs.ch">dep@hopitalvs.ch</a>

| H 🗆   F 🗆                  |   |  |
|----------------------------|---|--|
| Nom                        | : |  |
| Prénom(s)                  | : |  |
| Numéro de téléphone        | : |  |
| Adresse e-mail             | : |  |
| Adresse                    | : |  |
| Code postal / Ville        | : |  |
| Date de naissance complète | : |  |
| Numéro AVS                 | : |  |

Rédigé le :

Diffusé le :

## CHVR/SZO - Demande de dépôt de documents dans le DEP (CARA)

Prestations
DMIG

CHVR

Réf. : FO-xxxx Version : 2

Processus : 3.2.03.01 Généralités - Prise en charge médicale

Hôpital du Valais Spital Wallis

Je souhaite obtenir une copie des documents suivants dans mon DEP :

| 1. Pour des hospitalisations à l'Hôpital du Vala   | ais  |
|--|--|
| <ul><li>□ Lettre de sortie</li><li>□ Résumé de séjour du laboratoire</li><li>□ Rapport d'examen (radiologie, cardiologie, ECG</li><li>□ Protocole opératoire</li></ul>                       | i, pathologie)                               |
| ☐ Ma demande concerne toutes mes hospitalisatio  | •  |
| ☐ Ma demande concerne uniquement certaines ho  | ospitalisations                              |
| du   | au   |
| du   | au   |
| Pour des examens ou des consultations réa  | alisées en ambulatoire à l'Hôpital du Valais |
| <ul><li>□ Rapport de consultation</li><li>□ Rapport d'examen (radiologie, cardiologie, ECG</li><li>□ Protocole opératoire</li><li>□ Le dernier rapport du laboratoire ou □ Rapport</li></ul> |  |
| <ul><li>☐ Ma demande concerne tous les examens et con</li><li>☐ Ma demande concerne uniquement certains exa</li><li>Préciser :</li></ul>   | amens ou consultations                       |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Lieu et date :   | Signature :                                  |

2/2