

Mandat – Autorisation de divulgation

Donneur de procuration – Par la présente j'autorise :

Prénom + Nom _____

Data de naissance _____

Adresse _____

Personne mandatée – La personne suivante:

Prénom + Nom _____

Data de naissance _____

Adresse _____

La personne mandatée est autorisée à recevoir des informations concernant mon état de santé ainsi qu'à consulter mon dossier médical.

Les médecins traitants ainsi que le personnel du cabinet sont libérés du secret professionnel envers la personne mandatée.

Ce mandat écrit reste valable jusqu'à révocation par le donneur de procuration.

Lieu, Date:

Signature du donneur de procuration:

Les personnes mandatées doivent présenter une pièce d'identité valable ou s'identifier verbalement lors d'un contact téléphonique. Une copie d'une pièce d'identité valide doit être jointe par le donneur de procuration.

À remplir par MPA : Je confirme que les données personnelles correspondent à la pièce d'identité valide.

Nom MPA: _____ Date: _____