

Nom prénom

Adresse

NPA, localité

Téléphone

Mail

Ombudsman de la santé et  
des institutions sociales  
Rue des Vergers 4  
CP 441  
1951 Sion

Date

## **Demande à l’Ombudsman de la santé et des institutions sociales**

### **Données en relation avec le patient ou ses proches**

Nom/Prénom

Adresse

NPA, localité

Téléphone

Mail

Si vous êtes un proche, à quel titre intervenez-vous (représentant légal, curateur, mandat pour cause d’inaptitude ou autre pouvoir de représentation) ? :

**Données en relation avec le professionnel de la santé, l'établissement sanitaire ou l'institution sociale concerné**

Nom/Prénom du médecin

Nom de l'établissement sanitaire ou l'institution sociale

Adresse

NPA, localité

Téléphone

**Etat de fait**

Merci de décrire précisément l'état de fait sur lequel se fonde votre requête

**Description de vos questions ou de votre requête**

Que souhaiteriez-vous obtenir ?

**Informations complémentaires :**

- Avez-vous déjà pris contact avec le professionnel de la santé ou l'institution ?  Oui  Non
- Avez-vous reçu une réponse écrite ?  Oui  Non
- Avez-vous fait valoir vos prétentions auprès d'un Tribunal ?  Oui  Non

**Annexes utiles**

Merci de joindre tous documents topiques en relation avec l'affaire

**Déclaration d'accord**

J'autorise l'ombudsman de la santé et des institutions sociales à se saisir de ma requête et à entreprendre, si le cas s'y prête, une médiation.

Je donne, pour ce faire, mon accord pour que l'Ombudsman prenne contact avec le professionnel de la santé concerné et/ou l'établissement sanitaire ou l'institution sociale pour traiter de ma demande.

Si nécessaire, j'autorise l'ombudsman de la santé à obtenir des renseignements auprès de tiers en transmettant des données personnelles me concernant.

**Je délie expressément le ou les médecins et/ou l'institution sanitaire ou sociale du secret médical en faveur de l'ombudsman de la santé et des institutions sociales. La levée du secret médical est limitée à l'obtention d'informations permettant la résolution du cas soumis dans la présente requête.**

Date

Signature