Nom prénom

Adresse

NPA, localité

Téléphone

Mail

Ombudsman de la santé et
des institutions sociales
Avenue de Tourbillon 24
CP 506
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