REQUÊTE ET AUTORISATION POUR LA

SORTIE DES DOCUMENTS MÉDICAUX

Je prie et autorise la sortie des informations médicaux de mes documents médicaux concernant mon hospitalisation ou traitement pendant les dates \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ à l’International Shark Attack File.

Vous êtes autorisé à fournir telles informations professionelles/médicales conformément à la politique de votre hôpital, et êtes libéré de toutes responsibilités légales qui surviennent à cause de la sortie de cettes informations.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE PATIENT(E)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE PARENT(E) PROCHE

(SI MINEUR(E) OU INCAPABLE DE SIGNER)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

DATE TÉMOIN