

Déclaration du patient

Concernant l'expertise extrajudiciaire du Bureau d'expertises de la FMH

Veuillez remplir le formulaire en caractères d'imprimerie

Nom / Prénom _____

Adresse _____

N° de téléphone(s) _____

Date de naissance _____

Connaissance du règlement et libération du secret médical

J'ai bien reçu le «Règlement du Bureau d'expertises de la FMH» du 1er février 2002 et en ai pris connaissance.

Je suis disposé/e à indiquer à/aux expert/s tous les renseignements nécessaires, à mettre à sa/leur disposition les documents nécessaires auxquels j'ai accès, et à me soumettre à un examen médical (art. 6).

Je libère du secret professionnel le/les médecin/s traitant/s à l'égard de/s expert/s. Cela vaut également pour les médecins qui m'ont prodigué des soins avant et après le traitement mis en cause.

Relecture du projet d'expertise par un juriste

Je suis d'accord que le/s expert/s fasse/nt relire son/leur projet d'expertise par un juriste du service juridique de la FMH (art. 16 du règlement) avant la remise de son expertise.

Oui Non (Veuillez cocher ce qui convient)

Evaluation scientifique

Je donne mon accord à ce qu'un exemplaire de l'expertise soit adressé à la société de discipline médicale concernée pour évaluation scientifique. [N.B.: l'objectif de cette évaluation est d'encourager la formation prégraduée, postgraduée et continue des médecins par une meilleure connaissance des fautes possibles et de soutenir la formation continue des experts (art. 16 du règlement). La FMH conserve une copie de l'expertise pendant 10 ans (art. 17 du règlement).

Oui Non (Veuillez cocher ce qui convient)

Date, lieu et signature _____

Remarque : Les frais de déplacement et autres dépenses éventuelles sont à la charge du/de la patient/e.