

Consentement 1 | 1

Coordonnées de la patiente

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse

.....

Motifs/contexte de la
consultation/de l'examen

.....

.....

.....

Mandat thérapeutique

Madame/Monsieur le docteur

m'a informée du déroulement de l'examen médical et le cas échéant de l'examen gynécologique
en vue de la collecte de preuves et de l'établissement d'un constat médical.

Je donne mon consentement – aux prélèvements médicaux visant à préserver ma santé

– aux prélèvements à visée médico-légale et à la conservation d'éventuelles preuves biologiques

– à une éventuelle documentation photographique

Je délègue le médecin/les
professionnels de l'institution

du secret médical à l'encontre de l'avocat , M^e

de la police

des institutions judiciaires et policières

du médecin traitant , D^r

et de

Patiente

Le texte a été discuté avec la patiente et les questions ont été clarifiées.

Médecin

Lieu, date, heure