



ETAT DE FRIBOURG
STAAT FREIBURG

Médecin-dentiste conseil LASoc et LAsi

Levée du secret médical (ou professionnel) et échanges de données

Je, soussigné (*Nom et prénom
en majuscules*) _____

(*date de naissance*) _____ autorise mon médecin-dentiste traitant

le Dr. _____ à transmettre au Service social _____
et /ou au médecin-dentiste conseil les pièces requises pour l'examen de mon dossier dentaire par le
médecin-dentiste conseil. Ce faisant, je délègue mon médecin-dentiste traitant du secret professionnel
envers le service social régional et le médecin-dentiste conseil officiel (nommé par le canton).

Il va de soi que les informations transmises sont traitées confidentiellement par le médecin-dentiste
conseil. Ce dernier communiquera au Service social régional, dont le personnel est également tenu
au secret de fonction, ses conclusions sur le bien-fondé, le caractère d'urgence et les coûts des
traitements dentaires envisagés.

Fait à (*lieu*) et date _____

Signature de la personne susmentionnée _____