

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR UN PATIENT

PATIENT

NOM :

PRÉNOM :

En cas de demande par correspondance, joindre un justificatif d'identité (photocopie recto-verso d'une pièce d'identité).

OBJET DE LA DEMANDE :

ELEMENTS DU DOSSIER MEDICAL :

- hospitalisation du _____ au _____
- hospitalisation du _____ au _____
- hospitalisation du _____ au _____

- Compte-rendu d'hospitalisation,
- Compte-rendu opératoire,
- Autre (préciser) :

DOSSIER MEDICAL

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER :

CONSULTATION SUR PLACE, ASSISTEE D'UN MEDECIN

(en cas de refus, le préciser).

ENVOI PAR COURRIER DU DOSSIER MEDICAL AU DEMANDEUR

Frais à votre charge : 0,32 € par copie effectuée, conformément à l'arrêté du 5 mars 2004.

ENVOI A UN MEDECIN / préciser ses coordonnées :

Frais à votre charge : 0,32 € par copie effectuée, conformément à l'arrêté du 5 mars 2004.

Nous vous recommandons alors de limiter votre demande à la communication des comptes-rendus d'hospitalisation et pièces essentielles.

Date :

Signature :

Attention ! Nous vous rappelons que ces informations sont strictement personnelles, et de prendre toutes les précautions que vous jugerez utiles, notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur, etc.).