

DEMANDE DE COPIE DU DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT

Merci de lire la note explicative avant de compléter ce document

COORDONNEES DU PATIENT

Nom et prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Téléphone : ____/____.____.____.

Joindre une copie de la carte d'identité recto/verso

DOCUMENTS SOUHAITES

- l'entièreté du dossier (remontant à ____ ans)
- les éléments relatifs à une spécialité/pathologie ou à un évènement précis
(précisez _____)
- les examens médicaux réalisés en date du ____/____/____/
- les clichés d'imagerie médicale correspondants à ces examens (sur CD ROM)
- les résultats des prélèvements réalisés en date du ____/____/____
- Autre : _____

COMPLEMENT D'INFORMATION

Afin de répondre au mieux à la demande, merci d'indiquer d'éventuel point d'attention

TRANSMISSION DES DOCUMENTS

- remise en mains propres au patient
- envoi au domicile du patient par recommandé
- envoi vers un médecin de votre choix

Nom et prénom : _____

Institution : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Demande faite le ____/____/____

Signature :

