

DEMANDE DE COPIE DU DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT

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

Nom et prénom du médecin : _____

Institution : _____

Adresse : _____





Téléphone : _____ Fax : _____

Remise sous format électronique

Adresse mail : _____

Demande faite le ____/____/____

Signature :

