

Demande de communication du dossier médical

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Né(e) le :

Adresse postale :

CP : Ville :

Courriel :@.....

Demande de documents suivants (indiquer le ou les documents souhaités) :

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu opératoire

Résultats d'examens

Autres :

Préciser si vous souhaitez une :

Demande de consultation sur place du dossier ou des documents souhaités

ou

Envoi du dossier médical ou des documents demandés (les frais d'envoi et de copies sont à la charge du demandeur) :

Par voie postale à l'adresse indiquée ci-dessus

Par voie postale à votre médecin (renseigner l'adresse du médecin) :

Fait à

Le

À FOURNIR :
PIÈCE JUSTIFICATIVE
DE VOTRE IDENTITÉ

Signature du demandeur :

Cas particulier

Si vous êtes dans l'impossibilité physique d'écrire seul(e) la demande de communication du dossier médical

Deux personnes peuvent attester ci-dessous que la demande de communication du dossier médical est bien l'expression de votre volonté.

Témoign 1

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
est bien le titulaire du dossier médical demandé.

Fait à

Le

Signature du patient (optionnel):

Signature du témoin :

Témoign 2

Monsieur, Madame (NOM, prénom) :

Qualité (lien avec la personne) :

Atteste que Monsieur, Madame (NOM, prénom) :
est bien le titulaire du dossier médical demandé.

Fait à

Le

Signature du patient (optionnel):

Signature du témoin :