



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Services concernés :
Tous les services de soins

Version : 3

Date d'application : juillet 2014

Code : PARC/B/FOR/03

Page 1 sur 1

Mme/M.....

Date de naissance

Type de dossier : Hospitalisation ☐ Consultation externe ☐

Date :

Adresse

Téléphone

Précisez le motif de la demande de dossier médical :

.....

Joindre une copie d'une pièce d'identité

Je demande l'accès à mon dossier médical selon la modalité suivante :
(Cocher la case correspondante)

Sur place : votre carte d'identité vous sera demandée et une photocopie en sera faite.

- ☐ par l'intermédiaire d'un médecin de l'établissement qui m'expliquera les informations médicales contenues dans le dossier.
- ☐ par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix qui m'expliquera les informations médicales contenues dans mon dossier.
- ☐ directement, sans accompagnement.

Par envoi :

- ☐ à un médecin que je désigne et qui m'expliquera les informations médicales contenues dans mon dossier (joindre une photocopie de votre carte d'identité)

Indiquer les nom et adresse de ce médecin :

.....

- ☐ directement à mon domicile.

Date

Signature du demandeur

Les frais de reprographie des documents vous seront facturés directement.