

FORMULAIRE DE DEMANDE DE **MON** DOSSIER MEDICAL

Imprimé à retourner dûment rempli et signé, à l'adresse suivante :

CENTRE HOSPITALIER
Direction des Usagers
CS 70432
19312 BRIVE Cedex

Je soussigné(e)

Nom : Prénom.....

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

.....

Demande la communication

de mon dossier médical (produire la photocopie de ma pièce d'identité recto verso en cours de validité)

Service(s) d'Hospitalisation ou de Consultation	Période

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu consultation
- Imagerie (radio, scanner, IRM, écho) Interprétations de l'imagerie
- Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)
- Résultats biologiques
- Autres :

Modalités de communication

- Envoi postal à mon adresse
- Envoi postal à un médecin que je désigne
- Retrait auprès du secrétariat médical et paiement à la Régie
- Consultation sur place dans le service
- Autre :

Date.....

Signature

Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi