

FORMULAIRE DE DEMANDE DE **MON DOSSIER MEDICAL**

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

CENTRE HOSPITALIER - Direction des Usagers - Demande de dossier médical - CS 70432 - 19312 BRIVE Cedex

Je soussigné(e)

Nom : Prénom.....

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Téléphone :

E-mail :

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)
- Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)
- Résultats biologiques
- Autres :
- Interprétations de l'imagerie
- CD ROM

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 (si procuration fournir la copie de pièce d'identité de la personne) :

Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie et d'envoi (0.18€/feuille - 3.40€/cliché - 2.75€ le CD ROM) - gratuit si montant inférieur à 5€.

Date.....

Signature