

	Direction des Relations avec les Usagers	ENR-1153-01-01-A MDC/AA 28/03/2023
	<p><u>PROCÉDURE DE RATTACHEMENT :</u> DEMANDE DOSSIER MEDICAL</p> <p><u>DEMANDE DE MON DOSSIER MEDICAL</u> <u>PATIENT</u></p>	

FORMULAIRE A TRANSMETTRE :

- **PAR COURRIER** : Centre Hospitalier de Brive, Direction des Relations avec les Usagers, 1 Boulevard du Docteur Verlhac, CS 70432 19312 BRIVE CEDEX (05.55.20.57.23)
- **PAR MAIL** : demandedossiermedical.brive@ch-correze.fr

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Interprétations de l'imagerie |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire | <input type="checkbox"/> CD ROM |
| <input type="checkbox"/> Compte rendu consultation | |
| <input type="checkbox"/> Imagerie (radio, scanner, IRM, écho) | |
| <input type="checkbox"/> Résultats électriques (ECG, EEG, EMG) | |
| <input type="checkbox"/> Résultats biologiques | |

Modalités de communication

- Envoi postal à mon adresse
- Envoi postal à un médecin que je désigne
- Retrait auprès du secrétariat médical
- Consultation sur place dans le service
- Procuration (fournir la copie de pièce d'identité de la personne):

Date.....

Signature