

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e) : (Nom, prénom, date et lieu de naissance)

Le cas échéant, rayez la mention inutile :

- Représentant légal de,
- Ayant droit de :
(nom, prénom, date et lieu de naissance),

Je demande :

- au Docteur ...
- au Directeur du centre hospitalier de ...
- au Directeur de la clinique ...

de bien vouloir organiser l'accès au dossier médical de : nom, prénom

I – Nature des informations médicales demandées

1 – Périodes concernées

Hospitalisation(s) : (préciser la ou les périodes concernées)

Consultations : (préciser la ou les consultations qui vous intéressent)

2- Pièces recherchées

- La totalité du dossier
- Les comptes rendus d'hospitalisation et les courriers
- Seulement les pièces décrites ci-dessous :
(ex. clichés de radiologie, compte rendu d'examens, résultats de laboratoire, dossier infirmier...)

II – Modalités de consultation

- Je souhaite consulter les informations médicales par l'intermédiaire du médecin que je désigne à cet effet : Docteur (nom, prénom, adresse, téléphone)
Et je souhaite que les pièces médicales lui soient directement envoyées
- Je souhaite accéder directement au dossier médical, dans ce cas, je choisis :
 - De recevoir des copies à domicile
 - De consulter le dossier sur place

Fait à le

Signature