FICHE DE RENSEIGNEMENT DEVANT ACCOMPAGNER VOTRE DEMANDE MANUSCRITE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Ce que vous demandez

- un certificat d'hospitalisation pour la période du : au :
- un compte rendu d'hospitalisation pour la périodedu : au :
- l'intégralité de votre dossier médical (cocher la case ci-contre) ☐
- certains éléments du dossier que vous voudrez bien préciser ci-dessous :

Votre identité et votre adresse (adresse de l'envoi des documents contre remboursement)

NOM : Prénoms :

Nom de naissance : (pour les femmes mariées) Date de naissance : Sexe : (F ou M)

N°, Voie, bâtiment :

Lieu-dit :

Code Postal : Commune :

Si vous demandez des informations de santé pour une autre personne que vous-même, indiquez ci-dessous l'identité de cette personne.

NOM : Prénoms :

Nom de naissance : (pour les femmes mariées) Date de naissance Sexe : (F ou M)

Si vous demandez l'envoi des documents à votre médecin traitant, précisez ci-dessous le nom et l'adresse du médecin à laquelle nous devons envoyer les documents.
N'UTILISEZ CES CASES QUE POUR L'ENVOI D'UN DOSSIER A VOTRE MEDECIN.

NOM : Prénoms :

Nom de naissance : (pour les femmes mariées) Date de naissance Sexe : (F ou M)

Date de la demande **Signature**