CHU
Hôpitaux de Rouen

DEMANDE DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL

Dossier n° : ……

Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques
1, rue de Germont
76031 Rouen Cedex
Tél. : 02.32.88.03.67

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction de la Clientèle et des Affaires Juridiques du CHU-Hôpitaux de Rouen.

M., Mme : ……

demeurant ……..…..

……Numéro de téléphone ……..

Pièces souhaitées

❒ ***Intégralité*** *de mon dossier médical*

- o Dossier papier avec le dossier radiologique
- o Dossier papier sans le dossier radiologique

❒ *Si vous ne souhaitez* ***pas*** *obtenir* ***l'intégralité*** *de votre dossier médical*, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

- o Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire
- o Dossier infirmier
- o Résultats d'examens, précisez lesquels : ……...
- o Dossier radiologique sur support cédérom
- o Autres pièces, précisez lesquelles : ……

Périodes et services (un dossier médical est constitué dans chaque service)

Dates	Services d'hospitalisation ou de consultation

Mode de communication

❒ Envoi de copies à votre domicile
❒ Envoi de copies à un médecin de votre choix, précisez :
Nom, adresse :……..……
❒ Remise de copies
❒ Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

Motif de la demande

*(*facultatif*,* à préciser afin de faciliter la gestion de votre demande*)*

……

Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire.

A ……, le …….

SIGNATURE