DEMANDE DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL

Direction des relations avec la Patientèle et la Médecine de Ville

1, rue de Germont - 76031 Rouen Cedex
Tél. : 02.32.88.03.67 / @ : dm.dcaj@chu-rouen.fr

Afin de satisfaire votre demande de dossier médical, veuillez compléter ce formulaire et le retourner à la Direction des relations avec la Patientèle et la Médecine de Ville du CHU-Hôpitaux de Rouen.

O M.- O Mme : ……

Adresse postale ……

……..

Numéro de téléphone …… @ ……...

Pièces souhaitées
❒ ***<u>Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité de votre dossier médical</u>***, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande : ○ Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire ○ Dossier infirmier ○ Résultats d'examens, précisez lesquels : ……... ○ Dossier radiologique sur support cédérom ○ Autres pièces, précisez lesquelles : ……
❒ ***<u>Si vous souhaitez l'intégralité de mon dossier médical</u>*** ○ Dossier papier avec le dossier radiologique ○ Dossier papier sans le dossier radiologique

Période(s) concernée(s)	**Service(s) concerné(s)**

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)

……

<u>Il est impératif de joindre</u> : *une copie de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire.*

A……., le……SIGNATURE