  
**Formulaire à retourner rempli, signé et accompagné des pièces justificatives à l’adresse suivante :**

**DEMANDE DE VOTRE DOSSIER MEDICAL**

**Centre Hospitalier Albertville Moutiers, Secrétariat Général, 253 rue Pierre de Courbetin, BP 126 73208 Albertville cedex**

**Cocher la case choisie**

**MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL**

**PIECES SOUHAITEES**

**IDENTITE DU PATIENT (qui doit être demandeur)**

Nom : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Date de naissance : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Adresse Mail : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

N° de téléphone (domicile ou portable) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dates d’hospitalisation : Du Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dans le service : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Intégralité du dossier médical**

Dossier papier avec le dossier radiologique

Dossier papier sans le dossier radiologique

**Si vous ne souhaitez pas obtenir l’intégralité du dossier médical**, merci de cocher les pièces nécessaires à votre demande :

Compte rendu d’hospitalisation, de consultation, ou opératoire

Dossier d’anesthésie

Dossier infirmier

Résultat d’examen, précisez lesquels : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Dossier radiologique sur support cédérom ou sur clichés

Autres pièces, précisez lesquelles : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**Conformément à l’article 1111-7 du Code de Santé Publique, la reproduction des documents vous sera facturée.**

Vous souhaitez au choix :

1.  Envoi de copies en recommandé à mon domicile, (adresse indiquée ci-dessus),

2.  Envoi de copies en recommandé au médecin de mon choix \*, Précisez Nom et adresse : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

3.  Remise de copies en main propres au Centre Hospitalier (site d’Albertville)

4.  Consultations sur place (la simple consultation sur place sans reprographie est gratuite).

Avec accompagnement médical (précisez si vous voulez de préférence le médecin qui vous a pris en charge ou autre)

Sans accompagnement médical

**Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre :**

* **UNE COPIE DE VOTRE CARTE D’IDENTITÉ RECTO VERSO VALABLE OU DE VOTRE PASSEPORT**

A Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. Le Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

SIGNATURE :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

**\* La loi française n’autorise pas les établissements de santé à transmettre les données médicales à des tiers autres que le médecin**

**Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement personnelles. Vous devez être attentif à ne pas les communiquer à un tiers non autorisé à les solliciter.**