
**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.**