

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

Cocher la case choisie

Centre hospitalier Albertville - Moutiers,
Secrétariat de direction,
253 rue Pierre de Coubertin, BP 126 73208 Albertville cedex

IDENTITÉ DU PATIENT DEMANDEUR

Nom : Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Adresse email :
N° de téléphone (domicile ou portable) :
Dates d'hospitalisation : du au année
Dans le service : médecin :
Site de : ☐ Albertville ☐ Moutiers

PIÈCES SOUHAITÉES

- ☐ **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 :
 - ☐ Dossier radiologique sur support CD-ROM ou clichés
 - ☐ Autres pièces, précisez lesquelles :

MODALITÉS DE COMMUNICATION DU DOSSIER MÉDICAL

**Conformément à l'arrêt de la Cour de Justice de l'Union Européenne en date du 26 octobre 2023,
Seule la première reproduction des documents est gratuite.**

Vous souhaitez au choix :

1. ☐ Envoi de copies en recommandé à mon domicile, **(les frais d'envoi vous seront facturés)**,
2. ☐ Envoi de copies en recommandé au médecin de mon choix*, précisez nom et adresse **(les frais d'envoi vous seront facturés)**:
3. ☐ Remise de copies en main propres au Centre Hospitalier (site d'Albertville)
4. ☐ Consultation sur place
 - ☐ 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

À

Signature :

Le