

Dossier n°

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 du Centre Hospitalier de Saverne.

M., Mme, Mlle

Demeurant

.....

Numéro de téléphone :

Pièces souhaitées

Intégralité de mon dossier médical

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

- Compte-rendu d'hospitalisation, de consultations, ou opératoire
- Dossier infirmier
- Résultats d'examens, précisez lesquels :

.....

- Dossier radiologique
- 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 la copie du dossier à votre domicile en lettre recommandée
- Envoi de la copie à un médecin de votre choix, en lettre recommandée. Précisez :

Nom, adresse :

.....

- Remise de la copie du dossier médical en mains propres
- Consultation du dossier 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 d'un justificatif d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).

A....., le.....

Signature :