

Demande de communication de votre dossier médical

Vous souhaitez obtenir **votre dossier médical** . Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire et le retourner à la **Direction de la Qualité, de la Patientèle et des Affaires Juridiques - Hôpital Bretonneau - 37 044 Tours Cedex 9** ☎ **02 47 47 38 67 ou 02 47 47 88 01** - ✉ dossiermedical@chu-tours.fr

IDENTITE DU PATIENT

Je soussigné(é) :

Nom :
 Nom de naissance :
 Prénom :
 Date de naissance/...../.....

Adresse :
 Code postal :
 Ville :
 Téléphone :

SOUHAITE OBTENIR

Eléments principaux du dossier :

- Compte-rendu d'hospitalisation
- Compte-rendu opératoire
- Clichés sur support CD-Rom (radios, scanners...)
-

Autres documents :

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER

Service(s) :
 Dates(s) des consultation(s) ou hospitalisation(s) :
 Chef de service :
 Médecin(s) :

MODALITE DE COMMUNICATION

Je souhaite :

- La consultation du dossier après prise de rendez-vous dans le(s) service(s) de soins concerné(s) et éventuellement la remise de copies.
- Le retrait du dossier dans le(s) service(s) de soins concernés.
- L'envoi postal à mon domicile
- L'envoi postal à un médecin que je désigne :

Nom du médecin : Prénom du médecin :

Adresse : Prénom.....

Téléphone :

- Médecin traitant
- Autre médecin(préciser).....

Date :/...../.....

Signature

Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre un justificatif d'identité (copie recto-verso carte nationale d'identité ou passeport ou titre de séjour). Le permis de conduire n'est pas un justificatif d'identité.