



CENTRE HOSPITALIER DE BRIOUDE

2, Rue Michel de l'Hospital – BP 140 – 43100 BRIOUDE

Service Relations Usagers

☎ 04.71.50.51.89 ✉ direction@ch-brioude.fr

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Mademoiselle,

NOM : **NOM DE JEUNE FILLE :**

Prénom :

Date de Naissance :/...../..... **Lieu :**

Adresse :

.....

Numéro de Téléphone :

PIECE A JOINDRE IMPERATIVEMENT : → Photocopie de votre carte d'identité

Souhaite les éléments de mon dossier médical correspondant au(x) séjour(s) suivant(s) :

Dates d'hospitalisation :

.....

Service(s) d'hospitalisation :

.....

Médecin (s) m'ayant pris en charge :

A noter ci-dessous la liste des documents souhaités :

.....

.....

.....

Modalités de communication souhaitée :

Envoi postal des pièces du dossier à votre domicile en courrier recommandé avec AR

Retrait des pièces du dossier auprès du Secrétariat de Direction

Consultation du dossier sur place (avec accompagnement possible)

Si le mode de communication du dossier n'est pas indiqué, les photocopies du dossier médical vous seront adressées à votre domicile.

Lu et approuvé,

A Le

Signature du Patient