Demande de copie de mon dossier médical

Expéditeur

Nom et prénom

Adresse complète

Téléphone

Adresse e-mail

Date de naissance du patient

N° de dossier ou de patient

Destinataire

Nom du destinataire ou du service

Adresse du destinataire

Service ou médecin concerné

Fait à (lieu)

Date

Objet : demande de copie de mon dossier médical

Madame, Monsieur,

Je vous prie de bien vouloir me transmettre une copie de mon dossier médical détenu par votre établissement, selon les précisions ci-dessous. Je joins une copie de ma pièce d'identité pour vous permettre de vérifier ma demande.

Période et motif

Période concernée : du

au

Motif de la demande

Pièces demandées

- ☐ Comptes rendus de consultation, d'hospitalisation ou d'intervention
- ☐ Imagerie et leurs comptes rendus
- ☐ Résultats d'analyses
- ☐ Ordonnances et traitements prescrits

Mode de remise souhaité

- ☐ Envoi par courrier à mon adresse
- ☐ Retrait sur place contre remise de ma pièce d'identité
- ☐ Envoi par un moyen électronique sécurisé
- ☐ Copie de ma pièce d'identité jointe

Réponse souhaitée avant le

Je vous remercie de m'indiquer les éventuels frais de copie ou d'envoi avant de traiter ma demande, ainsi que les démarches complémentaires à effectuer. Les données demandées sont personnelles : merci de les transmettre de façon sécurisée.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

Pièces jointes

Mode d'envoi

- ☐ Lettre recommandée avec accusé de réception (ou équivalent)
- ☐ Remise en main propre contre décharge
- ☐ Autre mode

Signature

Nom en toutes lettres