



FORMULAIRE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

*La demande doit obligatoirement être accompagnée d'une copie de la pièce justificative d'identité.
La photocopie du dossier médical sera uniquement remise à la patiente.
Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation.*

Je, soussignée, (nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)

.....

Née le :/...../.....

Numéro de téléphone fixe :/...../...../...../.....

Numéro de téléphone portable :/...../...../...../.....

Adresse :

.....

Adresse mail :

Date d'accouchement :/...../.....

Demande à obtenir communication de la copie de mon dossier médical.

Motif de la demande :

.....

Selon les modalités suivantes :

Remise sur place et en main propre (8€ par dossier)

Envoi recommandé avec accusé de réception (7 € pour les frais d'envoi + 8€ par dossier)

Date de la demande :

Signature :