

## DEMANDE COPIE DE DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e), Madame/ Monsieur (nom et prénom) .....

né(e) le (date de naissance) ....., vous sollicite afin que vous me communiquiez le dossier médical ;

- **Mon dossier** médical ..... OUI / NON  
ou
- Le dossier médical de mon **enfant mineur** (nom et prénom) .....  
né(e) le .....

Je souhaiterais que vous fassiez parvenir les documents suivants :

- Le dossier médical **complet** ..... OUI / NON  
ou
- Les éléments du dossier **du service** de (nom du service) .....  
ou/et
- Pour la **période** du ..... au .....

Je souhaite que le dossier soit envoyé à :

Mon adresse personnelle ;

Rue .....

Code postal ..... Localité .....

GSM .....

Transféré à mon médecin traitant ;

Nom et prénom .....

Rue .....

Codepostal ..... Localité.....

Je vous réglerai le montant dès réception de la facture.

Ci-joint vous trouverez la photocopie de ma pièce d'identité certifiant mon identité (pour l'enfant mineur la demande doit être accompagnée de la pièce d'identité de l'enfant et des deux parents).

En vous remerciant d'avance pour l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à l'expression de mes sentiments distingués.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature du patient

