



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT LUI-MEME
(Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique)

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, je vous remercie de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à l'adresse suivante ou par retour de mail :

UROPOLE 71 - 24 AVENUE JEAN JAURES - 71100 CHALON SUR SAONE
MAIL : secretariat-chalon@uropole71.fr

➤ Je soussigné(e) Madame Monsieur
NOM : Prénom :
Né(e) le : Téléphone :
Adresse :
Code Postal : Ville :
Mail :@.....

➤ **Souhaite obtenir la copie de documents de mon dossier médical**

➤ **Hospitalisation(s) ou consultation(s) concernées(s)** (il est recommandé de fournir un maximum de renseignements afin de faciliter les recherches) :
.....
.....

Date(s) / Année(s) concernée(s):

- Le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation/intervention
- Le(s) compte(s)-rendu(s) de consultation
- Le(s) examen(s) biologique(s)/anatomopathologique(s)
- L'imagerie médicale (scanner, radiographie, IRM...)
- D'autre(s) document(s) au titre de l'article R.1112-2 du Code de la Santé Publique (à préciser sur papier libre le cas échéant)

➤ **Mode de communication des pièces du dossier médical :**

⇒ Remise en main propre

Attention : Pour donner suite à votre demande, il est IMPERATIF de joindre une copie de votre pièce d'identité.

Fait le : Signature :