

# DEMANDE DE VOTRE DOSSIER MEDICAL

**Direction de la Coordination Des  
Parcours Patients**

Rue du docteur Villers – Bp 310 - 76410 Saint-Aubin-Lès-Elbeuf  
Tél. : 02 32 96 35 81 / @ / secretariat.commission.usagers@chi-elbeuf-louviers.fr

Afin de satisfaire votre demande de dossier médical, veuillez compléter ce formulaire et le retourner à la Direction de la Coordination des Parcours Patients du CHI ELBEUF LOUVIERS VAL DE REUIL.

Mme -  M. : ..... Prénom : .....

Nom de Naissance : ..... Date de Naissance : .....

Adresse Postale : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

☎ : ..... Courriel : ..... @ .....

**Pièces à transmettre : il est impératif de joindre une copie de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport .**

**Si mandat, la personne mandatée doit justifier de son identité, de la vôtre et avoir adressé au préalable un mandat écrit et cosigné.**

**Motif de la demande**

Assurance     Expertise médicale     Dossier FIVA     Autres .....

**Vous souhaitez obtenir l'intégralité de votre dossier médical** à partir du .../.../.....

**Si vous ne souhaitez pas obtenir l'intégralité de votre dossier médical,**

Période(s) concernée(s)	Service(s) concerné(s)

Merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

- |  |  |
|--|--|
| <input type="radio"/> Compte-rendu d'hospitalisation | <input type="radio"/> Compte-rendu des examens complémentaires |
| <input type="radio"/> Compte-rendu de consultation   | <input type="radio"/> Observations médicales                   |
| <input type="radio"/> Compte-rendu opératoire        | <input type="radio"/> Dossier d'anesthésie                     |
| <input type="radio"/> Examens de biologie            | <input type="radio"/> Dossier de grossesse                     |
| <input type="radio"/> Autre : .....                  |  |

**Mode de communication**

- Remise des copies en main propre.
- Remise des copies à une personne mandatée. Toute personne venant retirer les documents à votre place devra justifier de son identité, de la vôtre et avoir au préalable adressé un mandat écrit et signé par les parties.
- Envoi des copies à votre domicile en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à vos frais (selon le tarif de la poste en vigueur) à réception de votre règlement.
- Envoi au médecin de votre choix (Lettre Recommandée avec Accusé de Réception à vos frais).

Nom et coordonnées du praticien: .....

A ....., le .../.../.....    **SIGNATURE**