



**FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION
DE DOSSIER MEDICAL**
(ART. L. 1111-7 DU CODE DE LA SANTE PUBLIQUE)

Je soussigné(e) (NOM - Prénom) :
Né(e) le :
Demeurant à :
.....
N° de téléphone :
Adresse email :

Pièce d'identité (ci-joint une copie) :

Demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Aunay Bayeux la communication :

- de mon dossier médical
- du dossier médical de :

Mme, Mlle, M. : (NOM - Prénom) :
Né(e) le :
Décédé(e) le :
Lien de parenté :

Pour le motif suivant (à préciser obligatoirement) :
.....
.....
.....

Préciser les documents à communiquer (cocher la case correspondante) :

- Le compte rendu d'hospitalisation du au
- Autres documents (à préciser) :
-
-

Je souhaite (cocher la case correspondante) :

- Qu'une copie de ce dossier me soit adressée à mon domicile
- Retirer ces documents au Centre Hospitalier et au sein du service médical concerné dès qu'ils seront disponibles (le secrétariat médical vous contactera par téléphone pour vous proposer un rendez-vous)
- Que la copie de ce dossier soit adressée au médecin dont voici les coordonnées :
-
- Venir consulter ce dossier médical au Centre Hospitalier et au sein du service médical concerné dès qu'ils seront disponibles (le secrétariat médical vous contactera par téléphone pour vous proposer un rendez-vous)

J'autorise le médecin référent du Centre Hospitalier Aunay Bayeux, à accéder aux informations contenues dans ce dossier médical.

Fait à _____, le _____

(Signature du demandeur)