

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

### 1. Demande concernant mon dossier médical :

M.  Mme .....

Date de naissance : .....

Dates d'hospitalisation à la Polyclinique Bordeaux Nord : .....

Joignable au : (*numéro de téléphone*) .....

Mail du demandeur : .....

### 2. Ma demande :

En tant que : **Patient(e) concerné(e)**, je demande communication des éléments suivants de mon dossier médical :

Compte-rendu d'hospitalisation

Résultats des examens d'imagerie

Compte-rendu opératoire

Transmissions infirmières et aide soignants

Compte-rendu d'accouchement

Transmissions paramédicales

Dossier d'anesthésie

Autres éléments du dossier : .....

Dossier des urgences

Résultats des examens biologiques

ou  Intégralité du dossier

Résultats des examens d'anatomopathologie

**Afin de mieux répondre à votre demande, nous vous invitons, si vous le souhaitez, à préciser votre besoin :**

.....

### 3. Modalités de transmission du dossier

**Sur place** :

Consultation sur place

Récupération sur place

**Envoi par la poste**

Personnel

Envoi au médecin désigné

**Signature**

DIR-DE 12 rev 01