

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 :

Adresse postale :

2. Ma demande :

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

☐ Compte-rendu d'hospitalisation

☐ Compte-rendu opératoire

☐ Compte-rendu d'accouchement

☐ Dossier d'anesthésie

☐ Dossier des urgences

☐ Résultats des examens biologiques

☐ Résultats des examens d'anatomopathologie

☐ Résultats des examens d'imagerie

☐ Transmissions infirmières et aide soignants

☐ Transmissions paramédicales

☐ Autres éléments du dossier :

ou ☐ Intégralité du dossier

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