

**Je soussigné (e)**

Madame  Monsieur

NOM usuel : \_\_\_\_\_ NOM de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Documents souhaités (\*)**



**La législation autorise l'obtention de la totalité du dossier mais cela peut être volumineux.**

**Il est important d'en mesurer le coût potentiel en fonction de l'utilisation souhaitée.**

**Le compte-rendu reprend généralement la synthèse du séjour et bien souvent répondra à vos questions.**

**Veillez **OBLIGATOIREMENT** préciser le ou les séjours (s) concerné (s) :**

Dates / Période	Service	NOM du médecin

Je souhaite obtenir les éléments suivants :

Intégralité des pièces de mon dossier patient  
accompagné des clichés d'imagerie  OUI  NON

**OU**

Compte(s)-rendu(s) de :

- hospitalisation
- consultation
- opératoire

Résultats d'examens de :

- biologie
- imagerie (radiographie, scanner, IRM...) avec clichés  OUI  NON

Autre(s) document(s), précisez :

-----

-----

*En l'absence de précision, seules les pièces essentielles du dossier médical seront transmises.*

(\*) cocher les cases correspondantes

### Modalités d'accès aux éléments

 Une seule case à cocher, svp.  
Dans le cas contraire, un envoi en recommandé sera  
effectué à vos frais.

- Consultation sur place** aux Hôpitaux Civils de Colmar, **sans remise de copies.**  
*(Le secrétariat vous contactera pour prendre rendez-vous)*
- Remise en main propre** sur présentation de votre pièce d'identité ou d'une procuration signée
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception (\*)**
- À mon domicile *(adresse renseignée au recto)*
  - Au médecin de mon choix *(Il n'est pas tenu de vous remettre ces copies)*
- Docteur : \_\_\_\_\_
- Adresse \_\_\_\_\_
- Code postal : \_\_\_\_\_
- Commune \_\_\_\_\_

### Justificatifs à fournir

Copie **recto-verso de votre pièce d'identité** *(carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire obligatoirement revêtue d'une photographie).*

### Signature

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- J'ai conscience du caractère strictement confidentiel des informations contenues dans un dossier patient, notamment vis-à-vis des tiers (entourage, employeur, assureur, banque...)
- J'accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'envoi *(selon le tarif en vigueur)*



Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Signature

(\*) cocher les cases correspondantes