



## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL (par le patient)

Si vous souhaitez des informations sur le contenu de votre dossier médical, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner au Directeur de l'hôpital de Crépy-en-Valois, 16 rue St Lazare, 60 800 Crépy-en-Valois.

M., Mme, Mlle .....

demeurant .....

Numéro de téléphone .....

### Pièces souhaitées

**Intégralité** de mon dossier médical

Si vous ne souhaitez **pas** obtenir l'**intégralité** de votre dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :

- Compte-rendu d'hospitalisation, de consultation ou radiologique
- Dossier de soins individualisé
- Résultats d'examens (biologiques, ECG)
- Ordonnances
- Autres pièce, précisez lesquelles .....

### Périodes et services

(un dossier médical est constitué dans chaque service)

Date de séjour	Service

### Mode de communication

- Envoi de copies à votre domicile
- Envoi de copies à un médecin de votre choix, précisez :  
Nom, adresse .....
- Remise de copies directement à l'hôpital
- Consultation sur place

### Motif de la demande

(Facultatif)

.....  
.....

**Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire.**

A ..... Le .....

SIGNATURE