| TULLE CENTRE HOSPITALIER cœur de corrèze | **DEMANDE DE MON DOSSIER MÉDICAL PATIENT** | DIR / DE 4.2 / 0 |
|---|---|---|

**FORMULAIRE À TRANSMETTRE** :

- **Par courrier** : Centre Hospitalier Cœur de Corrèze de Tulle
  BP 160 - 3, Place Maschat - 19012 TULLE CEDEX
- **Par mail** : relations.usagers@ch-tulle.fr

## Je soussigné(e)

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Téléphone : ..... E-mail : .....

Adresse postale : .....

.....

☐ **Demande la communication de mon dossier médical**

*(Produire la photocopie de ma pièce d'identité recto/verso en cours de validité)*

| Service(s) d'Hospitalisation ou de Consultation | Période / Année |
|---|---|
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

**Case(s) à cocher*

| | Document(s) souhaité(s) |
|---|---|
| | Compte rendu d'hospitalisation |
| | Compte rendu opératoire |
| | Compte rendu consultation |
| | Imagerie (radio, scanner, IRM, écho) |
| | Résultats électriques (ECG, EEG, EMG) |
| | Résultats biologiques |
| | Interprétations de l'imagerie |
| | CD ROM |
| | Autre (à préciser) : |

## Modalités de communication

☐ Envoi postal en LR/AR à mon adresse
☐ Retrait sur place
☐ Consultation sur place dans le service
☐ Procuration *(fournir la copie de la pièce d'identité de la personne désignée avec attestation sur l'honneur d'autorisation de remise à une tierce personne identifiée)*

Date : ..... Signature :

*Les données personnelles collectées par ce formulaire ont pour seule finalité l'exercice de votre droit de demande de dossier médical. Ces données seront transmises au personnel du CH de Tulle concerné chargé de cette procédure et seront conservées dans nos locaux pour une durée de 4 ans*