

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)	
<input type="checkbox"/>	Compte rendu d'hospitalisation
<input type="checkbox"/>	Compte rendu opératoire
<input type="checkbox"/>	Compte rendu consultation
<input type="checkbox"/>	Imagerie (radio, scanner, IRM, écho)
<input type="checkbox"/>	Résultats électriques (ECG, EEG, EMG)
<input type="checkbox"/>	Résultats biologiques
<input type="checkbox"/>	Interprétations de l'imagerie
<input type="checkbox"/>	CD ROM
<input type="checkbox"/>	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 :