Dossier n°
Tampon et date de la demande :

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical.
Afin de préciser votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner **signé**, accompagné des pièces demandées*, à la Direction Qualité, des Droits des Usagers et de la Communication du CHU de Caen Normandie.

Votre Identité :

M., Mme, Mlle
né(e) le
Adresse
Code postal Ville Pays
Numéro de téléphone
Adresse mail ……@……
Motif de la demande (facultatif) : ……

Tarif par unité :

Format A4 : 0.19 € / CD imagerie : 5 €

Pièces souhaitées :

- ***Intégralité de mon dossier médical*** *(précisez la période d'hospitalisation)*
- ***Une partie de mon dossier médical :***
  - ***Comptes-rendus d'hospitalisation,***
  - ***Comptes-rendus de consultation,***
  - ***Comptes-rendus opératoires,***
  - ***Résultats d'examens :***
    - *examens sanguins*
    - *Autre, précisez*…….....
  - ***Dossier radiologique sur support CD***
  - ***Autres pièces, précisez :*** ……

……

Périodes et services d'hospitalisation ou de consultation:

DATES (années)	**SERVICES**

Mode de communication :

- Envoi des copies à votre domicile en recommandé avec AR et à vos frais.
- Envoi des copies à un médecin de votre choix, en recommandé avec AR à vos frais : (précisez Nom et adresse) :

……

** Pièce à joindre obligatoirement à votre demande :*
Une copie de votre carte d'identité (recto-verso), permis de conduire ou passeport, en cours de validité

Fait à…… le ……

SIGNATURE

RESERVE AU CHU DE CAEN

Service :
Trié le :

Nom et signature du médecin :

Cellule de reproduction des dossiers médicaux, Direction Qualité, Droits des Usagers et Communication, C.H.U de Caen Normandie,
Avenue de la côte nacre, CS 30001, 14033 CAEN cedex 9.
Tel : 02 31 06 48 35 ou 02 31 06 30 04 / email : crdp@chu-caen.fr

Ce document est propriété du CHU de Caen – Toute utilisation, reproduction, modification est soumise à accord du propriétaire.