



## FORMULAIRE TYPE DEMANDE DE COMMUNICATION DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL

### Je soussigné(e),

Nom, prénom

Date de naissance / /

Adresse

Téléphone

### Identité du patient *si différente du demandeur*

Nom, prénom

Date de naissance / /

Adresse

### Périodes d'hospitalisation en HAD si connues :

du / / 20 au / / 20

**demande à avoir communication de** (*préciser les informations qui vous intéressent*)

### et souhaite

- consulter avec accompagnement médical dans les locaux de l'HAD (le RDV vous sera fixé par le secrétariat de l'établissement d'HAD)
- consulter sans accompagnement médical dans les locaux de l'HAD (le RDV sera fixé par le secrétariat)
- recevoir les documents demandés par voie postale

J'ai noté qu'un courrier me sera transmis par recommandé avec accusé de réception et comprendra une facture correspondant aux frais d'envoi et aux frais de copie (0,20 € par page format A4 en impression noir et blanc et 0,40 € par page format A4 en couleur).

Date

Signature du demandeur