

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : _____ Nom de naissance : _____
 Prénom : _____
 Date de naissance : _____ Lieu de naissance : _____
 Adresse : _____ ☎ : _____

REFERENCES DES SEJOURS OU CONSULTATIONS : dates et services

OBSERVATIONS DU MEDECIN DESTINATAIRE DE LA DEMANDE

Mention particulière concernant le choix éventuel d'une consultation sur place :

Il est préférable d'envisager un accompagnement : - par un médecin
 - par une tierce personne
 La consultation pourra se faire en présence de la seule secrétaire

Date : _____ Docteur : _____ Signature :

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné(e) _____ déclare opter pour :

- **LA CONSULTATION SUR PLACE** de mon dossier au secrétariat de l'unité de _____
 en présence du docteur _____ oui non
 d'une tierce personne oui non

- **L'ENVOI** par le CENTRE HOSPITALIER d'USSEL de copies des informations :
 J'accepte la recommandation de désigner un médecin destinataire de ces informations.

Il s'agit du Docteur _____

Adresse : _____

☎ : _____

Je n'accepte pas la recommandation de désigner un médecin destinataire de ces informations.
 Je souhaite recevoir mon dossier médical à mes coordonnées personnelles citées précédemment.

Fait à _____, le _____

Signature :

Pièce d'identité jointe :