

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné, Madame/Monsieur

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

☎ : _____

Ayant droit de Madame/Monsieur

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Date de décès : _____

Lieu de décès : _____

Souhaite obtenir des informations médicales concernant la personne citée ci-dessus pour les raisons suivantes :

Si ma demande est déclarée recevable, je déclare opter pour :

- LA CONSULTATION SUR PLACE du dossier au secrétariat de l'unité de _____
en présence du docteur _____ 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 le dossier médical à mes coordonnées personnelles citées précédemment.

Fait à _____, le _____

Signature :

Pièce jointe prouvant ma qualité d'ayant droit :