

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e) Madame / Monsieur (*Nom/prénom*)

Né(e) le à (*Ville/Département*)

Souhaite avoir accès à mon dossier médical

Je joins à ma demande une copie de ma carte d'identité (obligatoire)

De mon séjour du au

Pour le motif :

.....
.....
.....

Communication de mon dossier médical

- Consultation sur place
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception (frais payés par Oppelia Vendée)
à l'adresse suivante :
- Envoi postal à un médecin désigné par mes soins
Coordonnées du médecin (*nom/adresse*)

Nous attirons votre attention sur le fait que certaines informations peuvent être difficiles à interpréter. Si vous le souhaitez, vous avez la possibilité de prendre connaissance de votre dossier accompagné d'un professionnel de notre centre. Vous pouvez également vous faire accompagner d'une tierce personne de votre choix (entourage, médecin...).

Fait à le

Signature