



Version : 1.0

Référence :  
D05-ENR-04

## Formulaire : demande de dossier médical

**À retourner rempli et signé au :**

**Secrétariat médical**

**Clinique des Essarts**

**Rue du mur crénelé, 76530 Grand Couronne**

Ou par messagerie à : [secretariat@clinique-essarts.com](mailto:secretariat@clinique-essarts.com)

**N'oubliez pas de joindre la photocopie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité + un justificatif de domicile à votre nom**

### **IDENTITE :**

Nom : ..... Prénom.....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance :     /     /

N° Téléphone (domicile et/ou portable) :     /     /     /     /

Adresse mail (écrite en majuscule svp) :.....

Adresse Postale :

.....

.....

### **LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES :**

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, **merci de nous préciser** :

**Le(s) service(s) hospitalier(s) concerné(s)**

.....

.....

**La(es) période(s)** :

.....

.....

**Pièces souhaitées :**

Compte rendu :  
     de consultation      d'hospitalisation

Imagerie (radios, scanners, IRM...)

Autres (merci de justifier)



Version : 1.0

Référence :  
D05-ENR-04

## Formulaire : demande de dossier médical

### MODALITE DE COMMUNICATION :

**Consultation sur place**

Pour toute consultation avec un médecin, le secrétariat du service concerné vous contactera afin de vous fixer un rendez-vous.

**Envoi à mon domicile**

Le dossier vous parviendra en recommandé remis contre signature : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement ainsi que votre numéro de téléphone. (*frais de délivrance des copies à la charge du demandeur*).

**Par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné, à savoir :**

Docteur : .....

Adresse complète : .....

.....

.....

Numéro de téléphone : .....

Une seule copie de dossier sera réalisée et adressée.

Date .....

Signature :