< Prénom > < NOM >

< Adresse >

< Code postal > < Ville >

< Nom de l’établissement de santé >

< Adresse >

< Code postal > < Ville >

A ……………………………….,

Le ………………………………

LRAR

Objet : demande de communication de dossier médical

Monsieur le Directeur,

J’ai été hospitalisé dans votre établissement du ………………………………….. au ………………………….

Conformément aux termes de l’article L.1111-7 du code de la santé publique, je vous remercie de bien vouloir m’adresser l’intégralité de mon dossier médical, comprenant notamment :

* Le dossier infirmier ;
* Le résultat des examens biologiques et radiographiques ;
* Les bulletins de situation ;
* Comptes rendus d’hospitalisation ;
* Comptes rendus opératoires ;
* Fiches de consultation ;
* Fiches d’information et notamment pré anesthésie.

Je vous rappelle qu’en application de l’article L.1111-7 du Code de la santé publique vous disposez d’un délai de 8 jours pour me transmettre cet entier dossier.

Je me tiens à votre disposition s’agissant du règlement des frais afférents.

Enfin, je joins à la présente copie de ma carte nationale d’identité.

Dans cette attente,

Je vous prie de croire, Monsieur le Directeur, en l’assurance de mes sentiments distingués.

< Signature >