

DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES A MA SANTE

Imprimé à retourner rempli et signé au :
SERVICE D'ACCES AUX DOSSIERS PATIENTS
Hôpital PURPAN - Place du Docteur Baylac - TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Ou au : sadp@chu-toulouse.fr

N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité

IDENTITE:

Nom : Prénom

Nom de jeune fille :

Date de naissance :/...../.....

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

Adresse :
.....

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 opératoire autre :
- Imagerie (radios, scanners, IRM...)
- Autres :

MODALITE DE COMMUNICATION : (ne cocher qu'une seule modalité)

- Consultation sur place**
 - Avec accompagnement médical Oui - Non
 - En présence d'une tierce personne de votre choix Oui - Non


Envoi à mon domicile

Le dossier vous parviendra sous enveloppe sécurisée : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement

Ou

Envoi au médecin de mon choix

Nom et adresse.....
.....

 **Nous vous rappelons que toute reproduction vous sera facturée (0.18 centimes la copie papier A4, 2.75€ le CDRom ainsi que les frais d'envoi postal)**

Date

Signature :