



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

FOR.FDGL.20.B

Date d'application :
13/01/2016

Page 1 sur 1

Numéro de la demande
(réservé à l'administration)

IMPRIME à RETOURNER par le DEMANDEUR à l'adresse suivante :
FONDATION DISPENSAIRE GENERAL DE LYON – DIRECTION
10 rue de Sévigné – 69003 LYON

IDENTITE DU DEMANDEUR (PATIENT) (1)

NOM DE FAMILLE : NOM DE JEUNE FILLE:
PRENOMS : LIEU DE NAISSANCE :
DATE DE NAISSANCE : TELEPHONE :
ADRESSE : PORTABLE :
ADRESSE : EMAIL:
.....
CODE POSTAL :
VILLE :

PIECES SOUHAITEES

- Intégralité de mon dossier médical**
- Si vous ne souhaitez **pas** obtenir **l'intégralité** de votre dossier médical, merci de cocher ci-dessous les pièces nécessaires à votre demande :
- spécialité(s) concernée(s) :
 - compte-rendu d'hospitalisation, de consultation, ou opératoire
 - Résultats d'examens, précisez lesquels :
 - Autres pièces, précisez lesquels :

MODE DE COMMUNICATION (2)

- Envoi de copies à votre domicile
- Envoi de copies à un médecin de votre choix, précisez :
Nom, adresse :
- Retrait du dossier sur place
- Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

Pour donner une suite favorable à votre demande, il est impératif de joindre une copie de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire

A, le
Signature

- (1) joindre une copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.
(2) si non précisé, le dossier est à retirer sur place.

**TOUTE DEMANDE INCOMPLETE NE PERMETTRA PAS L ENVOI DES
PIECES DEMANDEES**