Prénom Nom Localité, le 14 octobre 2015

Adresse

NPA / Localité

e-mail

téléphone

 Etablissement / Nom du médecin

 Adresse

 NPA / Localité

**Demande d'accès au dossier médical**

Madame, Monsieur,

Par la présente, je souhaiterais recevoir une copie de l’ensemble de mon dossier médical lors de mon hospitalisation dans votre établissement.

Mon séjour à [nom de l'établissement / médecin] a eu lieu [date] pour raison de [motif de l'hospitalisation].

Afin de justifier de mon identité, je joins à la présente une copie de ma pièce d'identité.

En vous remerciant de votre diligence, je vous adresse, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

 Prénom Nom

 Signature

Annexe: ment.