

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL DE MEDECIN A
MEDECIN**

IDENTITE DU MEDECIN DEMANDEUR :

NOM – Prénom :

Fonction :

Etablissement :

Adresse :

Adresse mail sécurisée MS Santé :

IDENTITE DU PATIENT :

Nom et Prénom :

Date de naissance : ____ / ____ / ____

Date(s) du(es) séjour(s) concerné(s) par la demande de dossier : ____ / ____ / ____

Service :

NATURE DE LA DEMANDE :

Pièces du dossier médical souhaitées :

☐ L'intégralité du dossier médical

ou les pièces suivantes : ☐ Compte-rendu opératoire

☐ Compte-rendu d'hospitalisation

☐ Résultats d'examen à préciser :

☐ Autres pièces, à préciser

Document à retourner par mail : dossiers-patients-stavold@groupe-sos.org

ou par courrier adressé au Directeur

Hôpital – GROUPE SOS SANTE

Rue Ambroise Paré - BP 70069 - 57502 SAINT-AVOLD CEDEX

Tél : Secrétariat de Direction : 03.87.91.81.02

ou Service Relations avec les usagers : 03.87.91.81.73

Date :

Signature et cachet du médecin demandeur

TRANSMISSION DU DOSSIER MEDICAL AU MEDECIN RESPONSABLE :

Accord : ☐

Refus : ☐

Motivation du refus :

.....

Identifiant :

Date

Signature