

Imprimé à retourner complété et signé par courrier ou courriel :

A l'attention de la direction – Domaine de la Cadène

15 Impasse de la Cadène

31200 TOULOUSE

secretariat@lacadene.fr

Merci de joindre à ce formulaire une photocopie recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité ainsi qu'un justificatif de domicile datant de moins de 3 mois, à votre nom

IDENTITÉ :

Nom : **Prénom :**

Nom de jeune fille :

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

Adresse postale :

.....

Numéro de téléphone (portable et/ou fixe) :/...../...../...../.....

...../...../...../...../.....

Adresse électronique (en majuscule) :

INFORMATIONS DEMANDÉES :

Afin que votre demande puisse être instruite de la manière la plus adaptée, merci de nous préciser les services et périodes concernées :

En fonction des services et périodes

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Service du/...../..... au/...../.....

Pièces souhaitées pour les services et périodes susvisés :

- ☐ Compte-rendu
☐ de consultation ☐ d'hospitalisation ☐ Imagerie

- ☐ Autre (merci de préciser : fiche de liaison, prescription, ...)
.....

- ☐ Intégralité de mon dossier patient pour les services et périodes susvisés

MODALITÉS DE COMMUNICATION (merci de ne choisir qu'une option) :

- ☐ **Envoi par courrier à mon domicile**

Votre dossier patient vous parviendra par courrier recommandé remis contre signature. Veuillez donc à bien préciser votre adresse postale (étage, numéro d'appartement...) ainsi que votre numéro de téléphone.

- ☐ **Remise en mains propres sur rendez-vous**

Le secrétariat du service concerné vous contactera afin de vous proposer un rendez-vous.

- ☐ **Consultation sur place**

Avec accompagnement médical : ☐ Oui ☐ Non

Pour toute consultation accompagnée, le secrétariat du service concerné vous contactera afin de vous proposer un rendez-vous.

- ☐ **Par l'intermédiaire d'un médecin de mon choix**

Docteur :

Adresse postale :
.....

Numéro de téléphone :/...../...../...../.....

Nous vous informons qu'une seule copie du dossier patient demandé sera réalisée gratuitement.

Date :/...../.....

Signature :