

[Prénom][NOM]

[Adresse1]

[Code Postal] [VILLE]

Tél. : 01.23.45.67.89

hôpital de [ville]

[Adresse Destinataire]

[Code Postal][VILLE]

Paris, le 24/06/2026

Objet : Demande de communication de mon dossier médical

Madame, Monsieur,

Patient(e) de votre établissement, j'ai été pris(e) en charge dans le service de [service concerné] du [date d'hospitalisation] au [date de sortie], dans le cadre de [intervention ou motif de prise en charge].

Je souhaite accéder à l'ensemble des informations relatives à ma santé et vous demande de bien vouloir me communiquer l'intégralité de mon dossier médical : comptes rendus d'hospitalisation, résultats d'examens, ordonnances et tout autre document concernant cette prise en charge.

Conformément à l'article L. 1111-7 du Code de la santé publique, je vous remercie de me transmettre ces éléments dans un délai de 8 jours suivant la réception de la présente, et de m'indiquer le cas échéant le montant des frais de reproduction et d'envoi ainsi que le mode de règlement.

Je souhaite recevoir ces documents sous format [papier / électronique], à l'adresse suivante : [votre adresse postale ou électronique]. Vous trouverez ci-joint la copie d'une pièce d'identité justifiant de ma qualité.

Le cas échéant, je vous indique que je souhaite que ce dossier soit communiqué à [nom et coordonnées du médecin désigné], que je désigne pour en prendre connaissance.

Je reste à votre disposition pour tout renseignement complémentaire facilitant l'identification de mon dossier.

Je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes salutations distinguées.

[Prénom][NOM]

Signature