

**CLINIQUE TURIN**  
**Direction Générale**  
3/11 Rue de Turin  
75 008 PARIS  
Tel 01 40 08 89 96  
Fax 01 40 08 89 89  
[secretaire.dg@clinique-turin.com](mailto:secretaire.dg@clinique-turin.com)

**DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL  
PAR UN PATIENT**

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, veuillez compléter ce questionnaire et le retourner à la Direction Générale de la clinique Turin

**NOM :** ..... **PRENOM :** .....

**NOM DE NAISSANCE :** .....

**Demeurant :** .....

.....

**Tél :** ..... **Portable :** .....

**Dates d'hospitalisation :** .....

**Médecin responsable :** .....

**Pièces demandées**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Mode de communication**

Envoi de copies par mail (uniquement les comptes rendus opératoire et d'hospitalisation selon votre demande)  
 Envoi de copies à votre domicile  
 Remise de copies  
 Consultation sur place (un accompagnement médical peut vous être proposé)

**Motif de la demande**  
(Facultatif, à préciser afin de faciliter la gestion de votre demande)

.....

**Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre la copie d'une pièce d'identité**

A .....

Le .....

Signature