

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

(Veuillez-vous référer à l'annexe de la Liste des pièces à fournir afin de compléter votre demande.)

**\*Champs obligatoires**

Nom(s) de naissance\* : .....

Nom (s) marital ou nom d'usage : .....

Prénom (s)\* : .....

Date de naissance\* : .../.../.....

Adresse\* : .....

CP\* : .....

Ville\* : .....

Téléphone portable\* : .....

Email\* : .....@.....

Type de dossier\* :

- Dossier Médical
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu d'hospitalisation
- Duplicata IRM/Scanner/Radio

Service/Spécialité.....

Nom praticien.....

Année.....

Demandes à nous faire parvenir soit par mail [accueil.alma@almaviva-sante.com](mailto:accueil.alma@almaviva-sante.com)

Ou par voie postale à **Clinique de l'Alma – Secrétariat de Direction – 166, rue de l'Université, 75007, Paris**

*Demande de dossier médical FOR/PEC/PP/020 – V1 10/08/2023 Attention : seule la version diffusée sur la GED est en vigueur.*