



Centre Hospitalier d'Auch
EN GASCOGNE

CRUF7
Demande d'autorisation de consultation
Du dossier médical de l'utilisateur

M.....

Adresse :

.....

.....

.....

Direction. – C.R.U. Q.PC
Centre Hospitalier d'AUCH
Allée Marie Clarac
BP 80382
32008 AUCH cedex

AUTORISATION DE CONSULTATION DE DOSSIER MEDICAL

Dans le cadre d'une médiation avec le Centre Hospitalier d'AUCH, je soussigné
Mme, M., Mlle (1), autorise Monsieur le Médecin
Médiateur, à consulter les pièces de mon dossier médical concernant mon
hospitalisation et/ou mes consultations duau

Date

Signature

(1) Rayer les mentions inutiles

Soigner & prendre Soins

