

**AUTORISATION DE CONSULTATION DE DOSSIER MEDICAL**

Je soussigné Mme, Mr, Mlle………………………………………… autorise ⬜ n’autorise pas ⬜

Madame LEBESNERAIS Sylvie et/ou Madame PETROFF Evelyne, médecins médiateurs, à consulter les pièces de mon dossier médical concernant mon hospitalisation et/ou mes consultations.

Date : Signature :

**Hôpital Pierre Rouquès – « Les Bluets » - 4, rue Lasson – 75571 PARIS Cedex 12 – Standard : 01 53 36 41 00**

Consultations Chirurgie Gynécologie : 01 53 36 41 82 – Consultations d’Obstétrique : 01 53 36 41 00 – Fax : 01 53 36 42 09

Centre de Planification : 01 53 36 41 08 – Service des Urgences Gynécologiques et Obstétricales : 01 53 36 41 74 – Fax : 01 53 36 41 75

AMP : 01 53 36 41 78 – Fax : 01 53 36 46 96 – APE : 8610 Z – Siret : 300 512 647 00086 – FINESS 75 0 15001 3

**www.bluets.org**