



CENTRE HOSPITALIER REGIONAL UNIVERSITAIRE DE BREST

**POLE DE BIOLOGIE
SERVICE DE GENETIQUE MEDICALE ET BIOLOGIE DE LA REPRODUCTION**
Hôpital A. MORVAN - 29609 BREST cedex
TEL : 02-98-22-34-77 - FAX : 02-98-22-34-94

Autorisation d'accès au dossier médical

Je soussigné(e), Madame ou Monsieur

Nom de naissance Date de naissance :

autorise le Dr Audebert de l'unité de génétique du CHRU de Brest à demander une copie de mon dossier médical concernant la pathologie :

Année de prise en charge :

Prise en charge réalisée par le Docteur

Etablissement et ville de prise en charge :

Date :

Signature :

Si vous nous permettez de vous contacter, merci d'indiquer votre adresse électronique et/ou votre numéro de téléphone :

Nom et prénom de l'apparenté qui vous a remis cette autorisation :

Merci de joindre **une copie de votre carte d'identité.**

Ces documents sont à renvoyer **au Docteur AUDEBERT Séverine**, par courrier :
**Génétique Médicale, CHRU MORVAN, Bâtiment 5, 2 avenue Foch, 29609 BREST
cedex**