

Formulaire de demande de communication de dossier médical

Demande faite par :

Le patient

M./Mme/M _____ Prénom _____

Nom de jeune fille _____ Né(e) le _____

Adresse _____

Tél. : _____

Joindre une photocopie de votre pièce d'identité

Un tiers (parent d'un enfant, patient sous tutelle, famille de personne décédée)

M./Mme/Mlle/Docteur _____

Tél : _____ FAX : _____

Adresse _____

Joindre une photocopie de votre pièce d'identité, du livret de famille ou du jugement de tutelle

- Pour obtenir la copie des documents suivants :

compte(s) rendu(s) d'hospitalisation _____

compte(s) rendu(s) opératoire _____

compte(s) rendu(s) consultations _____

comptes rendus radiographies, scanners _____

clichés radiographies, scanners _____

copie des résultats d'analyses biologiques anapath bactério _____

autre (précisez) : _____

intégralité du dossier médical : _____

Date du ou des séjours concernés à préciser

- Motif de la demande (à préciser obligatoirement pour le dossier d'un patient décédé)

- Les frais de copie d'un dossier médical sont à **votre charge**, conformément aux dispositions du décret n° 2002-637 du 29.04.2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels de santé.

Photocopie = 0.41 x

Total =

Cd Rom = 1.17 x

Frais d'envoi Recommandé AR =

Le _____ Signature du demandeur

Réservé à l'administration

Dossier demandé aux archives le _____ CD-ROM demandé le _____

Prêt le : _____ Message laissé le : _____

Remise sur place à l'hôpital le : _____

Envoi postal / fax le : _____

Dossier + de 5 ans

Temps passé :