



FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER PATIENT

IDENTITE DU DEMANDEUR : Je soussigné(e) Madame Mademoiselle Monsieur.

Nom, Prénom, Nom de jeune fille :

Domicilé(e)

- en qualité de patient
 représentant légal (père, mère, tuteur) de
 ayants-droit de

Téléphone :

Nom :

Prénom :

Nom j. fille :

Né(e) le

Décédé(e) le

Joindre la photocopie d'une pièce d'identité (**carte d'identité**, passeport) ou d'une pièce attestant que vous êtes le représentant légal ou l'ayant-droit (**photocopie du livret de famille**, photocopie d'un document administratif prouvant le concubinage ou le PACS) - Décret du 29.04.2002 -

DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS DU DOSSIER MEDICAL :

Date du Séjour :

Service / Médecin :

- le compte rendu d'hospitalisation le protocole opératoire
 le(s) examen(s) suivant(s)
 autre(s), à préciser :

Motif de la demande de communication :

SELON LES MODALITES SUIVANTES :

- consultation sur place avec remise des informations par un médecin de l'hôpital
 (le médecin de l'hôpital pourra recommander la présence d'une tierce personne pour la consultation sur place du dossier)
 retrait sur place envoi postal à mon domicile
 envoi à mon médecin traitant dont les coordonnées sont les suivantes :

Docteur (nom, prénom) :

Adresse :

Téléphone :

DATE :

SIGNATURE :

CADRE RESERVE HOPITAL attestant du traitement de la demande -

Date réception du formulaire : / /

traité par le DIM

Praticien Dr : informé le : / /

traité par son secrétariat

Détail des documents transmis originaux remis :

Transmission des pièces au demandeur le : ____ / ____ / ____

par consultation sur place par M

en présence du Dr

copies remises sur place à M

frais réglés : €

envoi postal au patient au Dr

à M

frais réglés : €

Récupéré AR reçu le : / /

nombre de copies :

frais à facturer en sus : €

Remise d'originaux - déchargeant l'établissement du devoir de conservation - le : ____ / ____ / ____

à Madame Mademoiselle Monsieur

Qualité : patient représentant légal ayants-droit représentant autorisé par demandeur

Signature personne effectuant le retrait :

Signature représentant Hôpital :