

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL
--

Je soussigné(e), Madame, Monsieur, Mademoiselle (1):

Nom : _____ Nom de Jeune Fille : _____ Prénom : _____

Date de Naissance : ____/____/____

Adresse : _____

N° de téléphone : ____/____/____/____/____

Souhaite les éléments de mon dossier médical correspondant au séjour suivant :

Date d'hospitalisation : _____

Service d'hospitalisation : _____

Médecin m'ayant pris en charge : _____

Désirez-vous ?

Ou

- 1) Recevoir les photocopies du dossier médical à votre domicile
- 2) Venir chercher les photocopies du dossier médical dans le service
- 3) Consulter le dossier médical sur place avec accompagnement médical

Tarif :

Conformément aux dispositions du décret du 29/04/2002, les frais de reproduction et d'envoi sont à la charge du demandeur :

- photocopies de documents : 0,20 € l'unité
- CD d'imagerie : 3,00 € l'unité
- tarif en vigueur pour l'envoi des documents (recommandé avec accusé de réception).

Si le mode de communication du dossier médical n'est pas indiqué, les photocopies du dossier médical vous seront adressées à votre domicile (les frais de reproduction et d'envoi restent à votre charge).

(1) Pièce à joindre obligatoirement : photocopie de votre carte d'identité

Lu et approuvé,

Signature du patient

A, _____ Le _____