

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

Réf : DC DM ACS 00-1
Révision : 00
Date : 19/02/2018

ATTENTION : Toute demande doit impérativement être accompagnée :

- d'une photocopie de la carte d'identité (recto/verso)
- pour un patient majeur protégé : photocopie du jugement de désignation du tuteur

IDENTITÉ DU PATIENT

NOM DE NAISSANCE : NOM D'USAGE :

PRÉNOM : DATE DE NAISSANCE : / /

SEXE : M F

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Le patient lui-même, sinon précisez ci-dessous :

NOM : PRÉNOM :

REPRÉSENTANT LÉGAL (Précisez) : ..ayant droit.....

DESTINATAIRE DE LA COPIE

NOM : PRÉNOM :

ADRESSE :

CODE POSTAL : VILLE :

TÉLÉPHONE : MAIL :

INFORMATIONS RELATIVES À L'HOSPITALISATION

DATE / PÉRIODE DU SÉJOUR CONCERNÉ :

SERVICE : CHIMIOTHÉRAPIE RADIOTHÉRAPIE IMAGERIE MÉDICALE

MOTIF DE LA DEMANDE (FACULTATIF) :

DOCUMENTS SOUHAITÉS

Intégralité du dossier médical

Pièce(s) spécifique(s), précisez :

MODALITÉS D'ENVOI DES ÉLÉMENTS DEMANDÉS

RETRAIT SUR PLACE : Soit auprès du secrétariat médical, soit auprès de l'accueil
Toute personne venant retirer les documents à votre place devra justifier de son identité et présenter mandat et copie de votre pièce d'identité.

ENVOI POSTAL : Vous paierez les frais de reproduction ainsi que des frais postaux en supplément à la poste (envoi en recommandé).

CONSULTATION SUR PLACE : Vous serez contacté(e) par téléphone pour organiser un rendez-vous.

Merci de nous préciser si vous souhaitez la présence d'un médecin : OUI NON

Frais de reproduction : 0.20 centimes par copie
+ frais d'envoi du recommandé (si envoi postal)

Délai d'envoi :

- Dernier soin porté au dossier datant de moins de 5 ans : 8 jours depuis la réception de la demande
- Au-delà de 5 ans : 2 mois

Fait à Le

Signature :