

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Imprimé à retourner dûment rempli et signé, accompagné des justificatifs obligatoires, à l'adresse suivante :

CENTRE HOSPITALIER
Direction des Usagers
CS 70432
19312 BRIVE Cedex

Je soussigné(e)

Nom : Prénom.....

Nom de jeune fille :

Date de naissance :

Téléphone :

Adresse :

Demande la communication

- de mon dossier médical (produire la photocopie de la pièce d'identité)
- du dossier médical de :

Nom : Prénom

Né(e) le :

Dont je suis :

Représentant légal du mineur (produire la photocopie du livret de famille et justifier de son identité. En cas de séparation, fournir la copie de la décision de justice attestant l'identité du détenteur de l'autorité parentale)

- Père
- Mère

Tuteur (produire les photocopies du jugement de tutelle et justifier de son identité et de celle du patient)

Personne mandatée par le patient (doit disposer d'un mandat express et justifier de son identité et de celle du patient)

Nature de la demande

- Je demande l'ensemble du dossier médical
- Je demande des pièces particulières du dossier médical
 - Compte rendu :
 - de consultation
 - d'hospitalisation
 - opératoire
 - de radiologie
 - Clichés (radio, scanner, IRM, échographie)
 - Résultats biologiques
 - Autres :

Modalités de communication

- Envoi postal à mon adresse
- Envoi postal à un médecin que je désigne
- Retrait auprès du secrétariat médical et paiement à la Régie
- Consultation sur place dans le service

Date.....

Signature