

**PATIENT DEMANDANT SON DOSSIER MEDICAL**

**A COMPLETER :**

NOM et Prénom : .....

NOM de jeune fille le cas échéant : .....

Date et Lieu de naissance : .....

Adresse : .....

N° téléphone : ..... N° Sécurité Sociale : .....

Le ou les services dans le(s)quel(s) vous avez été hospitalisé et **la date des soins** :

.....

.....

Nom du médecin : .....

**A FOURNIR :**

✓ La photocopie recto / verso de votre carte d'identité

**PRECISIONS sur la DEMANDE de DOSSIER MEDICAL :**

↳ **Précisez les pièces de votre dossier que vous souhaitez obtenir :**

- Comptes Rendus,
- Radiographie,
- Intégralité du dossier.

↳ **Précisez les modalités de transmission :**

**Consulter sur place ces documents dans le cadre d'une consultation médicale et éventuellement remise de copies.**

**Recevoir une copie de votre dossier médical :**

**A votre domicile** par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception  
(*Attention* : un envoi recommandé peut ne pas être remis en mains propres).

**Au Cabinet du médecin traitant** de votre choix :

- Docteur : ..... Téléphone : .....
- Adresse : .....

→  
TSVP

*Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretypage de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.*

**PATIENT DEMANDANT SON DOSSIER MEDICAL**

Récupérer la copie de votre dossier médical dans le service :

Par vous-même

Par une personne mandatée par vos soins :

NOM : ..... Prénom : .....

**Dans ce cas exceptionnel, la personne désignée devra disposer d'une procuration justifiée et signée par vous et devra présenter une pièce d'identité.**

**Nous attirons votre attention sur  
le caractère personnel et confidentiel des informations  
qui seront communiquées.**

Date :

Signature :

**Merci de retourner cet imprimé à l'adresse suivante :**

L'Hôpital du Gier

A l'attention de M. le Directeur

19 rue Victor Hugo – 42400 SAINT CHAMOND