

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