

## Formulaire de demande de communication de documents médicaux

### 1 – IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) M. / Mme / Mlle .....  
(précisez le nom de jeune fille pour les femmes mariées : .....)

Né(e) le : .....

Domicilié(e) : .....

N° de téléphone : .....

Agissant en tant que :

patient

représentant légal (père, mère, tuteur) de (NOM Prénom) : .....

ayant droit de (NOM Prénom) : .....

né(e) le : ..... décédé(e) le : .....

### 2 – COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

Demande les documents médicaux suivants :

le compte-rendu d'hospitalisation du séjour du ..... au .....

autres documents, précisez : .....

.....

### 3 – MODALITES DE COMMUNICATION

Envoi postal (recommandé avec accusé de réception) *Frais d'envoi et de copies à votre charge*

adresse personnelle

à un professionnel de santé (NOM et adresse) : .....

.....

Sur place (dossier à retirer à l'accueil) *Frais de copies à votre charge*

Consultation du dossier sur place en présence d'un médecin *Gratuit*

### 4 – MOTIF DE LA DEMANDE (facultatif)

FACULTATIF : Précisez le motif de la demande (cela peut aider le médecin à transmettre les documents appropriés) : .....

**TOURNEZ LA PAGE SVP**

**Le présent formulaire doit être impérativement accompagné de la photocopie de la carte d'identité du demandeur (et du patient concerné s'il est différent du demandeur).**

***Le formulaire doit être déposé à l'accueil du centre.***

Les frais d'envoi et de copie donnent lieu à une facturation à votre charge :

Coût d'une photocopie A4 : 0,15 €

Coût d'une photocopie A3 : 0,25 €

Coût de l'envoi en recommandé avec AR : *selon le tarif de La Poste*

Les délais légaux pour répondre à votre demande :

Séjour datant de moins de 5 ans : 8 jours ouvrés

Séjour datant de plus de 5 ans : 2 mois

Date : .....

Signature :

*Pour tout renseignement, contactez le Service Qualité du Grand Feu via l'accueil*

Partie à compléter par le Directeur :

Date : .....

Signature :