

	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX	Réf.	R6.2.PROC.01.EN.01
		Version	4
		Date	21.02.2017
		Page	1 / 2

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) :



	DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX	Réf.	R6.2.PROC.01.EN.01
		Version	4
		Date	21.02.2017
		Page	2 / 2

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 :

Forfait de copie des éléments du dossier :

- 10 pages ou moins : 2 €
- Entre 11 et 30 pages : 5 €
- 31 pages et plus : 10 €

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 secrétariat médical

Partie à compléter par le Directeur :

Date :

Signature :

Partie à compléter par les secrétaires médicales :

NOM Prénom :

Date remise du dossier à l'accueil :