

CH René Pléven	"PROCEDURE D'ACCES DU PATIENT A SON DOSSIER"	Codification : DPA/EN/DIM/157-2
		Date d'application :
Page 1 sur 1		Version :3

MODALITES D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Je, soussigné(e), **M**

Adresse

..... Ville

né(e) le

Position d'ayant droit :

demande la communication de pièces médicales issues du dossier d'hospitalisation
de : M.....
né(e) le.....et décédé(e) le

Dates et services de chaque hospitalisation concernée :.....
.....

Motif de la demande :

Liste des documents :.....
.....
.....

Conformément à la réglementation, j'accepte de prendre à ma charge les frais de délivrance des copies, ainsi que les frais d'envoi le cas échéant.

Retrait sur place

Je réglerai à la caisse centrale de l'hôpital, **avant la remise** des documents demandés.
N°téléphone : _____ où me joindre po ur fixer un rendez-vous.

Par envoi postal RAR

Je réglerai par retour de courrier, dès réception de la facture,
afin que les documents soient envoyés à mon adresse ou au médecin désigné.

à l'adresse suivante (si elle est différente de celle sus-citée):

au Médecin que j'autorise à prendre connaissance de mon dossier :

Nom et Prénom : _____

Adresse : _____

Date.....

Signature :

cocher la case correspondante