

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL

Je soussigné(e), _____ (nom et prénom), demeurant au
_____ (adresse complète).

(joindre la photocopie recto verso d'une pièce d'identité)

Demande : *(cocher la solution choisie)*

- la consultation de mon dossier médical dans le service en présence d'un médecin.
- la consultation de mon dossier médical dans le service sans accompagnement.
- la consultation de mon dossier médical dans le service en présence d'un tiers.

Monsieur ou Madame _____.

Dans ce cas, la tierce personne aura connaissance d'informations strictement personnelles sur votre santé et elle doit être informée qu'elle est pénalement tenue d'en respecter la confidentialité.

l'envoi d'une copie de mon dossier au Docteur _____
_____ (nom, prénom et adresse).

l'envoi d'une copie d'une partie de mon dossier médical à mon adresse personnelle
(préciser les pièces demandées ou les hospitalisations concernées) :
_____.

l'envoi d'une copie de la totalité de mon dossier médical.

Je suis informé(e) que les copies ordinaires sont facturées (Tarifs 2019) la page : 0,35 €
que les copies de clichés radiologiques sont facturées :

film 18 x 24 :	2,70 €
film 20 x 25 :	5,15 €
film 26 x 36 :	5,60 €
film 36 x 43 :	6,10 €
C.D. :	4,30 €

A défaut de choix, le dossier sera mis en disposition dans le service auprès duquel il conviendra de prendre rendez-vous.

Je suis également informé(e) du caractère strictement personnel des informations qui me seront données et des précautions que je dois prendre vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banque, assurances...) qui seraient susceptibles de les utiliser à mon détriment.

Fait à _____, le _____

Signature :