

DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL CAS PARTICULIER DES AYANTS DROITS

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

(joindre la photocopie recto verso d'une pièce d'identité et tout document justifiant votre filiation)

Demande : (cocher la solution choisie)

la consultation du dossier médical de : _____
dans le service en présence d'un médecin

la consultation du dossier médical de : _____
dans le service sans accompagnement

la consultation du dossier médical de : _____
au Docteur : _____
_____ (nom, prénom et adresse)

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

l'envoi d'une copie de la totalité du dossier médical de : _____

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 :