

# DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL PAR LE PATIENT

Ou ses représentants légaux (patient mineur)

Articles L. 1111-7 et 1112-1 du Code de Santé Publique

Référence  
DRU-ENR-001

Version : V1

Page 1 sur 1

## IDENTITÉ DU PATIENT

NOM DE NAISSANCE : ..... PRENOM : .....  
NOM D'USAGE : ..... DATE DE NAISSANCE : .....  
ADRESSE : .....  
COURRIEL : ..... TELEPHONE : .....

## SÉJOURS CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

| Designation du service | Dates |
|------------------------|-------|
|                        |       |
|                        |       |
|                        |       |
|                        |       |

## PIECES DU DOSSIER DEMANDÉES

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE CONSULTATION       | <input type="checkbox"/> DOSSIER D'ANESTHESIE   |
| <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION     | <input type="checkbox"/> DOSSIER INFIRMIER      |
| <input type="checkbox"/> COMPTES RENDUS DE BIOLOGIE           | <input type="checkbox"/> OBSERVATIONS MEDICALES |
| <input type="checkbox"/> CLICHES RADIOGRAPHIQUES (- de 1 ans) | <input type="checkbox"/> AUTRES : .....         |

## MODALITÉS DE COMMUNICATION

- ☐ CONSULTATION SUR PLACE (vous pouvez être accompagné d'un tiers)  
Dans ce cas, souhaitez-vous la présence d'un médecin ? ☐ OUI ☐ NON
- ☐ ENVOI DES REPRODUCTIONS A VOTRE ADRESSE
- ☐ ENVOI DU DOSSIER A UN MEDECIN – préciser les coordonnées : .....
- ☐ REMISE DU DOSSIER SUR PLACE (vous serez contacté dès que le dossier sera disponible)
- ☐ MON ESPACE SANTÉ

## PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR

- COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE DU DEMANDEUR (carte nationale d'identité, passeport) **à défaut la demande ne sera pas traitée**
- Livret de famille et pièce d'identité du représentant légal pour un patient mineur

## FRAIS DE DÉLIVRANCE

- COPIES SIMPLES : MOINS DE 10 + 5€ // DE 10 A 20 + 7€ // DE 20 A 50 + 13€ // DE 50 A 100 + 24€
- CLICHES : MOINS DE 5 = 15€ // DE 5 A 10 = 25€ // DE 10 A 20 = 42€ // DE 20 A 40 = 85€
- CD / DVD : 6€ PIECE
- FRAIS POSTAUX : MOINS DE 1000G = 5€ // plus de 1000G = 6€ (sauf en cas de consultation ou de remise du dossier sur place)

\* Pas de facturation de la première demande ou si le montant est inférieur à 5€

Je suis informé du caractère strictement personnel des informations contenues dans mon dossier médical et il m'appartient d'en préserver la confidentialité.

Fait à :

Signature :

Le :

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

CH d'Angoulême – Direction des Relations avec les Usagers – Rond-Point de Girac, CS 55 015 – 16959 ANGOULEME Cedex 9 ou  
[relations.usagers@ch-angouleme.fr](mailto:relations.usagers@ch-angouleme.fr) – Tel : 05 45 24 40 24