



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

IDENTITÉ DU PATIENT

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

SÉJOURS CONCERNÉS PAR LA DEMANDE

PIÈCES DU DOSSIER DEMANDÉES

- COMPTES RENDUS DE CONSULTATION DOSSIER D'ANESTHESIE
 COMPTES RENDUS D'HOSPITALISATION DOSSIER INFIRMIER
 COMPTES RENDUS DE BIOLOGIE OBSERVATIONS MEDICALES
 CLICHES RADIOGRAPHIQUES (- de 1 ans) 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€**

Fait à :

Signature :

Le :

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