



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL D'UNE PERSONNE MAJEURE

• Identité et qualité du demandeur :

Je soussigné(e), (Nom et Prénom du demandeur)

né(e) le/...../..... à

demeurant à

téléphone.....

souhaite obtenir :

- ☐ l'intégralité de mon dossier
- ☐ les comptes-rendus d'hospitalisation
- ☐ autres pièces :

Hospitalisations ou consultations concernées : *(il est recommandé de fournir un maximum de renseignements pour les dossiers anciens afin de faciliter les recherches : Dates d'hospitalisation ou de consultation, service...)* :

.....
.....
.....
.....

• Mode de communication du dossier médical :

- ☐ **consultation** au Centre Hospitalier de Moze
- ☐ **édition d'un duplicata (facturé)** du dossier médical :
 - ☐ qui vous sera remis par voie postale
 - ☐ que vous viendrez directement chercher au secrétariat médical de l'hôpital de Moze
 - ☐ qui sera remis par voie postale au médecin de votre choix

Nom : Adresse :

Pièce d'identité produite :

☐ Carte nationale d'identité n° _____

☐ Passeport n° _____

☐ Permis de conduire n° _____

• Observations :

D'une façon générale, il vous est conseillé d'être accompagné d'une tierce personne lors de la consultation des informations à caractère médical pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement pourrait vous faire courir.

A,

le/...../.....

Le demandeur

(Nom, prénom)

Signature

FACTURATION DES COPIES DE DOSSIERS MEDICAUX : 0,20 euros par page

FACTURATION DES EXPEDITIONS POSTALES : Tarif postal en courrier recommandé avec accusé de réception (R2).

Un paiement pourra être demandé avant remise des copies ou expédition postale