

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Formulaire à retourner à secretariatdg@ch-ardeche-nord.fr

Je soussigné(e), Nom..... Nom de jeune fille

Prénom.....

Né(e) le

Domicilié(e)

Téléphone : Mail :

Pièces à produire : Pièce d'identité

Frais de gestion	5,00 €
Prix unitaire de la photocopie :	0,18 €
Prix unitaire du cliché radiographique :	5,50 €
Prix unitaire du CDROM	5,00 €
Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception :	Tarif de la Poste

Demande à Monsieur le Directeur du centre hospitalier d'ANNONAY la communication de mon dossier médical.

➤ Période(s) d'hospitalisation : Du Au
Du Au
Du Au

➤ Service(s) – Médecin(s) :

Pièces demandées (cochez la case correspondante) :

- compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation(s) et divers courriers
- compte(s)-rendu(s) opératoire(s)
- examens biologiques
- examens divers (exemple : échographie, fibroscopie, gastroscopie, coloscopie...)
- clichés radiographiques, scanographiques, I.R.M. ...
- autres (préciser) :

Je souhaite (cochez la case correspondante) :

- consulter** ce dossier au centre hospitalier d'ANNONAY.
- qu'une **copie** de ce dossier me soit adressée à **mon domicile**, sous pli recommandé et à mes frais.
- retirer** la copie de mon dossier au **Centre Hospitalier d'Ardèche Nord**, à mes frais.
- qu'une **copie** de ce Dossier soit adressée, à mes frais, à mon **médecin traitant** dont voici les coordonnées :

Fait à, le
Signature du demandeur

Sauf envoi postal, tout retrait de dossier médical doit se faire par le patient lui-même. Si le patient est dans l'incapacité de retirer lui-même son dossier, il peut désigner une personne pouvant retirer le dossier à sa place. Cette personne devra se présenter lors du retrait avec sa pièce d'identité et un courrier manuscrit du patient donnant son accord.