FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL

Formulaire à retourner à secretariatdg@ch-ardeche-nord.fr accompagné de votre justificatif d'identité

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

Prénom.....

Né(e) le .....

Domicilié(e) .....

.....

Téléphone : ..... Mail : .....

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. Les frais d'envoi postal en recommandé sont à la charge du patient. Merci d'adresser votre règlement par chèque établi au nom du "TRESOR PUBLIC" et l'adresser au Bureau des Entrées BP 119 07 100 Annonay, en joignant le double de la facture. Dès réception du règlement, nous effectuerons l'envoi du dossier.
- ☐ **retirer** la copie de mon dossier au **Centre Hospitalier d'Ardèche Nord**.

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.