

Formulaire de demande de communication du dossier médical PATIENT ou son REPRESENTANT LEGAL

Identité du patient

Afin que la demande puisse être recevable, **il est impératif** de joindre au formulaire la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto/verso) **du patient**.

NOM (en let	tres n	naj	us	cu	les	s)																										
	_ _ _	_ _			_ _	_ _		_ _	_ _	_ _	_		_ _	_	_ _	_	_ _	_				L	_ _	_ _	_							
Nom de jeun	ne fille					_		_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _			_ _	_ _	_ _	_				_ _	_ _	_							
Prénom	_ _ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_	_		_									_	_ _	_ _	_	_							
Né(e) le		_ _	_ .			_ _	_ _	_	à	١																						
Adresse :																																
				••••											• • • •	••••																
Code postal			_																													
Ville																																
Courriel												(@																			
Téléphone	_ _	_	_ _	_	<u> </u>	_ _	_	<u></u>	_ _	_		_ _	_																			
ldentité du (dema	nd	eu	r (SI	D	IFI	FE	R	ΞN	IT	DL	J F	PA	ГІЕ	ΞN	T)															
Représentant Fournir une co (recto/verso)											a tu	ıteli	le (et la	a p	oho	toc	opi	e c	de	VO	otre	e pi	ièc	e a	l'ide	ntit	'é e	∍n c	ours	de	valid
Mandataire (ti Fournir un cour (recto/verso)					aut	ori	isar	nt à	à ag	gir (en .	son	[n	om	et I	la p	ho	toc	opi	ie d	de	VO	tre	pie	èce	d'id	lent	tité	en (cour	s de	valid
Merci de préd NOM (en lett							<u> </u>				_ _			_ _		_ _	_ _	_ _	_ _	_ _	_				_[
Prénom _													_ _					_ _	_ _	_ _												
Adresse :																																
Code postal		_ _	_ _	_																												
Ville																																
Courriel												. (a)																			
Téléphone					ı		11	ı	- 	11		l	 												_					-		
. 5.6661.6	_11			ı I_			-1 1_	I	I——	.1 I.		(i Col	mp	lét	er l	e١	/er	so	dι	ı d	loc	cun	ne	nt	_						



Formulaire de demande de communication du dossier médical PATIENT ou son REPRESENTANT LEGAL

Pièces du dossier patient demandées

(Les frais de copie et d'envoi sont facturables, merci de bien prendre connaissance des tarifs ci-dessous)
 □ Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH) □ Le Compte Rendu Opératoire (CRO) □ Les résultats d'examens : Radiographie, Echographie, Scanner, IRM (rayer la mention inutile) □ Le dossier complet □ Autre document :
Renseignements indispensables pour la recherche du dossier :
Service(s) concerné(s)
Nom(s) du ou des médecin(s)
Date(s) d'hospitalisation
Modalités d'accès au dossier :
1 □ Consultation du dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier (Gratuit) 2 □ Remis sur place à l'hôpital (payant si le coût de reproduction est supérieur à 7 euros) 3* □ Envoi postal à l'adresse du demandeur 4* □ Envoi postal, au Docteur
Code postal _ Ville
Code postal _ Ville
*les choix 3, 4, 5 sont envoyés par lettre recommandée et payant si le coût de reproduction et d'envoi postal sont supérieurs à 7 euros
Coût : la communication du dossier est payante et reste à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique)
Au CHSF , un avis de prépaiement vous sera adressé, seulement , si le coût de la délivrance de photocopies, contretypes de radiographies et l'envoi postal en lettre recommandée est supérieur à 7 euros . Photocopie A4 = 0,19€ Photocopie A3 = 0,38€ CD-Rom = 5,32€ Film laser = 1,91€ Film radio / contretype radiographie = 2,13€
Ce document est à adresser, <u>accompagné des justificatifs</u> , par courrier :

Centre Hospitalier Sainte Foy Direction 78, Chemin de Montray 69110 SAINTE FOY LES LYON

Date de la demande : Signature du demandeur :