

Demande de communication de dossier médical

Demandeur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :.....Ville :.....

Téléphone :.....

Qualité (cocher la case correspondante) :

Hospitalisé(e) ou consultant(e)

Conjoint(e)

Père

Mère

Tuteur

Fils - Fille

Autre

Désignation du dossier demandé

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Adresse :

Code Postal :.....Ville :.....

Téléphone :.....

Séjour(s) :

Séjour Consultation(s) / soins

Du/...../..... au/...../..... Service :

Séjour Consultation(s) / soins

Du/...../..... au/...../..... Service :

Séjour Consultation(s) / soins

Du/...../..... au/...../..... Service :

Modalités de communication souhaitées :

Consultation sur place

Copie du dossier médical

Envoi au Docteur

Adresse :

.....

.....

La personne fait-elle l'objet d'une :

- Tutelle Curatelle

Si oui, nom et coordonnées du tuteur ou de l'organisme de tutelle :

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

Motif de la demande (si le dossier concerne une personne décédée) :

- Connaître les causes de la mort
 Défendre la mémoire du défunt
 Faire valoir vos droits

Je déclare avoir pris connaissance du montant des frais de copie et d'envoi et je m'engage à m'en acquitter dès réception de mon dossier.

Date

Signature

⇒ La présente demande doit être adressée à la direction du Centre Hospitalier du Chinonais - B.P. 248 - 37502 CHINON Cedex - Accompagnée de la **copie recto - verso d'une pièce d'identité**.

⇒ Le médecin détenteur du dossier peut, s'il le juge nécessaire, recommander la présence d'une tierce personne lors de la consultation.

⇒ Les informations contenues dans le dossier sont **strictement personnelles**. Leur caractère **confidentiel vis-à-vis de tiers** (famille, entourage, employeur, banquier, assureur,...) **doit être préservé**.

⇒ **Les frais de délivrance des copies et d'envoi sont à la charge du demandeur et sont consultables dans la rubrique « Votre séjour » ⇒ «Tarification».**