

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT

Formulaire à adresser au Centre Hospitalier Le Valmont, à l'attention de Monsieur le Directeur

IDENTITÉ DU DEMANDEUR

Nom Prénom.....

Nom de jeune fille..... Date de naissance.....

Adresse.....

CP Ville Tél :.....

Vous êtes : **le patient lui-même**
 le représentant légal (père, mère, tuteur) de : (*sous réserve de l'accord du mineur*)

Nom Prénom.....

Date de naissance

l'ayant droit de :

Nom Prénom.....

Date de naissance

Décédé(e) le

Vous devez obligatoirement fournir une photocopie de votre carte d'identité, de votre livret de famille ou de toute autre pièce justifiant de vos droits ainsi qu'un justificatif de domicile.
Attention ! Toute tentative de reproduction frauduleuse est punie par la loi.

MOTIF DE LA DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER (ayant droit uniquement)

.....

Date du/des séjours hospitaliers concernés	Nom du médecin référent CH Le Valmont	Nom du service

DEMANDE DES DOCUMENTS SUIVANTS :

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu d'examen anatomo-pathologique.....

Compte-rendu d'examen radiographique.....

Compte-rendu d'examen spécialisé.....

Autres documents (*à préciser*).....

DOSSIER PATIENT DANS SON ENSEMBLE
 SVP ↵

Tourner

PLUSIEURS POSSIBILITÉS VOUS SONT OFFERTES

Je consulte le dossier sur place :

Un rendez-vous auprès du médecin référent du CH Le Valmont me sera proposé, pour cela mon n° de téléphone Horaires d'appel.....

Le praticien hospitalier peut recommander la présence d'un tiers lors de la consultation (*vous pouvez accepter ou non de suivre cette proposition*).

J'accepte : oui non

Celui-ci vous communiquera les informations que vous désirez. Si vous souhaitez des copies, celles-ci vous seront envoyées, après paiement de la facture ⁽¹⁾.

Si vous souhaitez rencontrer un autre médecin que celui qui vous a pris en charge, nous vous proposons de rencontrer le médecin conciliateur.

Dans tous les cas, un agent hospitalier sera présent lors de cette consultation sur place.

Après paiement de la facture ⁽¹⁾, je demande l'envoi postal à mon domicile.
(*prière de bien indiquer votre adresse en tête de document*)

Après paiement de la facture ⁽¹⁾, je souhaite que les documents soient adressés au médecin suivant : (*nom, prénom, adresse, téléphone du médecin*)

.....
.....

Attention ! La transmission de données médicales personnelles à un tiers peut vous être préjudiciable (assurance) et appelle donc à une grande vigilance de votre part.

Date :

Signature :

⁽¹⁾ **Tarif des photocopies et des envois**

Coût par page copiée	+ Frais de port
0.18 euros	Forfait de 4,50 euros