

Formulaire de demande de communication de dossier médical

(Article L. 1111-7. du Code de la Santé Publique)

Je soussigné(e) (Nom - Prénom) :

Né(e) le à
Domicilié(e)

Veuillez, SVP, joindre la copie d'une pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, permis de conduire...) et d'un justificatif de domicile de moins de trois mois (quittance de loyer, gaz, téléphone)

demande la copie des documents suivants (cochez la case correspondante) :

- l'ensemble des pièces communicables de mon dossier :
 une partie des pièces communicables de mon dossier, précisez lesquelles et pour quel(s) séjour(s) :

Afin de mieux vous satisfaire, veuillez préciser les dates de séjours, service et nom des médecins

Date Service Médecin.....
 Date Service Médecin.....
 Date Service Médecin.....

Demande la consultation de mon dossier selon les modalités suivantes (sous réserve de l'avis du médecin hospitalier : la communication du dossier médical peut demander des précautions particulières) :

- envoi postal des copies à mon domicile ;
 envoi postal des copies au médecin que j'ai désigné dont les coordonnées sont :

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Téléphone :

- consultation du dossier sur place, au Centre Hospitalier Henri Laborit, en présence d'un médecin hospitalier.

CADRE RESERVE AU CENTRE HOSPITALIER HENRI LABORIT

**Les frais de photocopies et d'envoi postal sont à la charge du demandeur.
La facture est adressée après envoi définitif du dossier.**

		Nbre de photocopies (à remplir par le service de soins)	Coût
Dossier N°	Prix unitaire de la photocopie 0,18 €		
	Frais d'envoi en recommandé avec avis de réception Tarif de la Poste		
	TOTAL DES FRAIS		
	DAF		

Fait à , le/...../..... (Signature du demandeur)

Document à retourner à :

Direction en relation avec les Usagers

**Centre Hospitalier Henri Laborit – 370 avenue Jacques Cœur – CS 10587 – 86021 POITIERS Cedex
 ☎ (Secrétariat) : 05.49.44.58.55 - Fax 05.49.44.58.35 – Courriel : direction-usagers@ch-poitiers.fr**