



DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL (PATIENT VIVANT)

Je soussigné(e) : Mme Mlle Mr
NOM : NOM de jeune fille.....
Prénom : Date de naissance :
Domicilié(e) :
..... TEL :

Je souhaite obtenir la communication :

De mon dossier médical
 Du dossier médical de
NOM : NOM de jeune fille.....
Prénom : Date de naissance :
Domicilié(e) :
.....
Dont je suis : Père Mère Tuteur Mandataire

***En application du code de la Santé Publique et en particulier de la loi du 4 mars 2002, je communique les pièces cochées dans la liste suivante :

- Photocopie de la pièce d'identité du demandeur
 La demande concernant un enfant mineur, le justificatif de détention de l'autorité parentale (photocopie du livret de famille, jugement de divorce, etc....)
 Mandat exprès à un tiers (sauf pour les avocats) et photocopie des pièces d'identité du mandant (demandeur) et du mandataire (tiers).

***Je précise :

La période concernée par la communication :.....
L'étendue de la demande :
 dossier complet
 compte-rendu d'exams (préciser).....
 compte-rendu d'hospitalisation.....
 pièces particulières :.....
Le service d'hospitalisation :.....

***Je vous demande la communication du dossier selon les modalités suivantes (cocher votre choix et joindre le règlement) :

- Soit consultation du dossier au centre hospitalier d'AUBAGNE, à titre gracieux, sous réserve de la non remise de toute copie, auquel cas les frais détaillés ci-après seraient appliqués.
 Soit transmission de la copie du dossier médical par courrier recommandé avec accusé de réception, sous réserve du paiement préalable par chèque libellé à l'ordre de « Régie Recettes CH Edmond Garcin » de la somme de 26,50€ pour un dossier avec radiographies ou de 17,50€ pour un dossier sans radiographie.
 Soit transmission de la copie du dossier médical par retrait au centre hospitalier sous réserve du paiement préalable par chèque libellé à l'ordre de « Régie Recettes CH Edmond Garcin » de la somme de 15,80€ pour un dossier avec radiographies ou de 6,80 € pour un dossier sans radiographie.
Le règlement par mandat cash n'est pas accepté.

J'ai été informé(e) sur le fait qu'aucune copie ne sera transmise ou adressée sans paiement préalable des frais de reproduction et, éventuellement, d'envoi détaillés ci-dessus, et que le chèque sera mis à l'encaissement lors de la remise ou de l'envoi.

LES FORMULAIRES DE DEMANDE INCOMPLETS NE SERONT PAS TRAITES

(*** renseignements obligatoires)

Date :/...../..... Signature :

Ce document est à envoyer à : Mr le Directeur du Centre Hospitalier Edmond Garcin
179 Avenue Sœurs Gastine – BP 61360 -13677 AUBAGNE Cedex