

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 :
☐ compte-rendu d'hospitalisation.....
☐ compte-rendu d'examens (préciser radio, labo...).....
☐ compte rendu Opératoire.....
☐ 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 modalités de paiement détaillées ci-après seraient appliqués.
☐ Soit transmission de la 1^{ère} copie du dossier médical par :
☐ retrait au Centre Hospitalier ou ☐ courrier recommandé avec accusé de réception, à titre gratuit
☐ Soit transmission d'une 2^{ème} copie 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 16,59 € pour un dossier avec radiographies ou de 7,14 € pour un dossier sans radiographie.
☐ Soit transmission de la 2^{ème} 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 27,83 € pour un dossier avec radiographies ou de 18,38€ pour un dossier sans radiographie.

Le règlement par mandat cash n'est pas accepté.

J'ai été informé(e) sur le fait que dans le cadre d'une deuxième demande, 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 : Me la Directrice du Centre Hospitalier Edmond Garcin - 179 Avenue Sœurs Gastine - BP 61360 - 13677 AUBAGNE Cedex