

**DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX
PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT****Qualité du patient :**

M./Me (nom, prénom, pour les femmes mariées précisez le nom de jeune fille)

Né(e) le _____ Tél : _____

Courriel _____ @ _____

Adresse postale : _____

Qualité du demandeur si différent du patient : père, mère (si patient mineur), tuteur, mandataire (rayer la mention inutile).

M./Me (nom, prénom) _____

Adresse _____

Dans tous les cas, merci de préciser les dates d'hospitalisation, le nom du service et le nom du médecin

Du au

Service

Nom du médecin.....

Demande à obtenir les documents suivants : (cocher la ou les cases et complétez le plus précisément possible)☐ Compte-rendu d'hospitalisation (CRH = lettre de sortie)☐ Résultats d'examens biologiques☐ Imageries : radiologie, scanner, IRM, échographie (rayer la mention inutile)☐ Compte rendu opératoire☐ Compte rendu d'examens d'imagerie☐ Autres documents (précisez) : _____☐ Dossier complet constitué au CH de _____

Modalité de consultation souhaitée (cochez la case) :☐ Envoi postal à l'adresse du demandeur (des frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception vous seront facturés)☐ Consultation sur place en présence d'un médecin (sur rendez-vous)☐ Remise sur place (à venir récupérer au bureau des relations des usagers)☐ Envoi par messagerie sécurisée à votre médecin traitant@.....**Pièces justificatives obligatoires :**

- La copie (recto-verso) de la carte d'identité du patient et celle du demandeur (représentant légal/mandataire)
- La copie du livret de famille (pour les parents d'un mineur ou représentant légal)
- La copie du jugement de tutelle (pour le tuteur représentant légal d'un majeur sous tutelle)
- Un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical ou d'un document du dossier

Ce document est à adresser, **accompagné des justificatifs**, à la Direction des usagers du Centre Hospitalier
..... ou mail (direction_des_usagers@hopital_XXXXXXX.fr)

Date :

Signature