

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. L'ensemble des informations contenues dans le dossier médical peut être consulté ou transmis. Toutefois, il ne vous est pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble de ces informations. Afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d'éventuels frais de copies, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez accéder.

Veillez compléter ce formulaire et le retourner à l'attention de :

Direction - Centre Hospitalier de Montceau - BP 189 - 71307 Montceau les Mines

DEMANDEUR : Je soussigné(e) Madame Monsieur
 Nom : Nom de naissance
 Prénom :
 Né(e) le :/...../.....
 Adresse complète :

 Numéro de téléphone (obligatoire) :/...../...../...../.....
 Adresse Mail :@.....

JE SOUHAITE OBTENIR LA COPIE DES ELEMENTS SUIVANTS

- Compte(s) rendu(s) d'hospitalisation et/ou de consultation (*il est recommandé de fournir un maximum de renseignements afin de faciliter les recherches*)
 → Date(s) : du :/.... /.... au : /.... /....
 → Service(s) :
 → Médecin(s) :
 Pièces jugées les plus significatives par le médecin du service de (*préciser le service concerné par votre demande*) :
 Autres documents à préciser (*sur papier libre le cas échéant*) :

MODALITES DE COMMUNICATION DE VOTRE DOSSIER (copies) :

- Je viendrai retirer moi-même le dossier *
 Consultation sur place - je serai : seul(e) accompagné(e) d'une tierce personne
 Envoi des copies à mon domicile personnel
 Envoi des copies au médecin (*précisez son nom, adresse et n° tél*) :

La production et l'envoi des copies seront facturés au demandeur comme suit :

Prix unitaire copie	0.18€
Prix unitaire copie CD ROM (pour la reproduction d'imagerie)	2.75€
Envoi postal, en recommandé avec avis réception	Tarif de la Poste en vigueur

Vous recevrez un Titre de Recette qui sera à régler directement auprès du Trésor Public

FOURNIR OBLIGATOIREMENT

- Copie recto verso d'une pièce d'identité du demandeur (*carte d'identité, passeport, carte de séjour*)

Fait à Signature du demandeur :
 Le/...../.....

****Tout dossier non récupéré 1 mois après sa mise à disposition par le service qualité vous sera envoyé en recommandé avec avis de réception à vos frais***

J'ai été averti : - que la réalisation des copies et de l'envoi en recommandé avec accusé de réception me seront préalablement facturés - que le délai pour un dossier médical de moins de 5 ans est de 8 jours ouvrables, et peut atteindre 2 mois pour un dossier datant de plus de 5 ans (date de dernière hospitalisation)

Toute demande non complétée 2 mois après l'envoi du formulaire sera considérée comme annulée