

Identité

Je soussigné(e) Mme/M. (nom, prénoms, nom de naissance) -----

Date de naissance -----

Domicilié(e) -----

----- Tél. -----

Mail :-----

Agissant en tant que :

Patient

Représentant légal (père, mère, tuteur) de (nom et prénom)-----

né(e)-----

Ayants droits de (nom, prénom, nom de naissance)-----

né(e) ----- décédé(e)-----

MOTIF de la demande de communication (pour les ayants droits)

Faire valoir ses droits

Défendre la mémoire du défunt

Connaître les causes de la mort

Délai réglementaire pour obtenir son dossier :

- 8 jours dossier de moins de 5ans
- 2 mois dossier de plus 5ans

Si RDV programmé : date

Pièces demandées

Intégralité du dossier médical

AVEC le dossier radiologique

SANS le dossier radiologique

Des éléments du dossier médical : merci de cocher ci-dessous les pièces demandées :

Compte rendu d'hospitalisation Compte rendu de consultation Compte rendu opératoire

Dossier infirmier

Dossier radiologique : à préciser Compte rendu de radiologie Images sur CD ROM

Résultats d'examens : précisez lesquels -----

Autres pièces : à préciser

Périodes et Services souhaités

Dates	Service

Vous pouvez joindre les documents demandés ainsi que ce formulaire par mail :

secretariat.clientele@ch-roanne.fr

Mode de transmission

- Envoi des copies à votre domicile (en courrier recommandé avec frais à votre charge)
- Souhaite venir chercher copies au Centre Hospitalier : merci d'indiquer votre n° de téléphone
- Envoi des copies à un médecin de votre choix (nom et adresse) : -----

- Consultation sur place (vous pouvez être accompagné du médecin médiateur ou d'un autre praticien)

IMPORTANT

Votre demande doit être impérativement accompagnée des pièces indiquées par le secrétariat des Relations avec les usagers en fonction de la situation évoquée.

*Les **photocopies** (0,20 €) les **radiographies** (gravées sur CD ROM 3,00 €) et l'envoi postal en courrier recommandé du dossier médical est à la charge du demandeur.*

Une facture vous sera transmise à la remise ou à l'envoi des documents.

Date :

Signature obligatoire du patient ou de l'ayant-droit :

Joindre obligatoirement une copie de votre carte d'identité (recto-verso)