

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Version 0 - 07/01/2019



Identité du patient

M. - Mme (nom en majuscules, prénoms, pour les femmes mariées nom de jeune fille)

.....

Né-e le /__/__/____/ - Téléphone /__/__/____/

Courriel.....

Adresse postale

.....

Qualité du demandeur si le demandeur est différent du patient

Père - Mère (si patient mineur) - Tuteur - Mandataire - (rayer la mention inutile)

M. - Mme (nom en majuscules, prénoms).....

Adresse postale

.....

Demande à obtenir transmission des documents suivants

(cochez la ou les cases et complétez)

- compte rendu d'hospitalisation (CRH) du /__/__/____/ au /__/__/____/
- compte rendu opératoire (CRO) de l'intervention du /__/__/____/
- pièces essentielles du dossier médical (CRH, CRO, résultats des examens récents)
- autres documents (précisez)

 - à mon nom
 - au nom de : · mon fils - · ma fille
 - au nom de la personne dont je suis : · le représentant légal - · le mandataire

Nom du site concerné (concerné par votre demande)

- Chénieux
- Emailleurs Colombier

Selon les modalités suivantes

- Remise sur place à l'hôpital - · Consultation sur place à l'hôpital
- Envoi postal à l'adresse du demandeur
- Envoi postal au docteur (nom, prénom, adresse)

Renseignements complémentaires facilitant la recherche (dates de l'hospitalisation,

service d'hospitalisation, nom du médecin ayant suivi le patient)

.....

Date :

Signature :

Pièces justificatives

Joindre **une copie d'une pièce d'identité au nom du patient** (sauf pour les mineurs) et une au nom du demandeur/ représentant légal/mandataire, auxquelles s'ajouteront le cas échéant :

1 la copie du livret de famille - **2** la copie du jugement de tutelle - **3** un mandat écrit désignant nommément la personne

SITE CHENIEUX
18 rue du Gal Catroux
87039 LIMOGES CEDEX
Tél. : 0 825 564 500

SITE EMAILLEURS-COLOMBIER
Emailleurs - 1 rue V. Schoelcher 87000 LIMOGES
Tél. : 0 825 000 870