

FORMULAIRE de DEMANDE d'INFORMATIONS CONTENUES dans le DOSSIER MEDICAL

A retourner dûment rempli à Archives Médicales
Centre hospitalier Alès-Cévennes - 811 avenue Docteur Jean-Goubert - 30100 ALES,
accompagné de la photocopie de la pièce d'identité recto verso du demandeur ainsi que d'une photocopie
du livret de famille et / ou un acte de notoriété ou de légataire universel (ou à titre universel) délivré par
le notaire / ou copie du PACS / ou certificat de concubinage ou tout justificatif rapportant la preuve du
concubinage

Demandeur : ayants droit, concubin ou partenaire de PACS

1/ Je soussigné(e) : Nom : Prénom :
 Né(e) le :/...../.....
 Domicilié(e) :
 Téléphone : Courriel :@.....

en ma qualité d'ayant droit, de partenaire de PACS, de concubin de :

Nom : Prénom :
 Né(e) le :/...../.....
 Domicilié(e) :
 Téléphone :

2/ demande à Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier d'Alès-Cévennes, la communication des pièces suivantes du dossier médical :

- dossier de base, comprenant selon le cas : compte rendu des urgences, compte rendu opératoire, compte rendu d'hospitalisation, compte rendu de consultation, compte rendu d'imagerie, biologie et anatomopathologie
 - dossier de base + dossier de soins
 - imagerie (livret radiographie, livret scanner + CD, livret IRM +CD, échographie)
- ou le ou les documents précisés ci dessous :
-

3/ je précise la ou les dates de mon ou mes hospitalisation(s) concernée(s)

service : du/...../..... au/...../.....	service : du/...../..... au/...../.....
service : du/...../..... au/...../.....	service : du/...../..... au/...../.....

Information(s) que je souhaite communiquer pour compléter ma demande :

.....

4/ je choisis ci-dessous les modalités de communication souhaitées :

- consultation sur place : sans la présence d'un médecin } Consultation gratuite
- avec l'accompagnement d'un médecin
- envoi postal en recommandé avec accusé de réception
- envoi postal en recommandé avec accusé de réception à mon mandataire : Nom :
- Prénom :
- Adresse :
- remise en main propre : à moi-même
- à une personne désignée par procuration signée de ma main (à compléter au verso)

5/ je suis informé des coûts représentés par la reproduction des documents et le mode de communication (selon le cas choisi)

	coût
dossier de base pour une hospitalisation	5 €
dossier de base + dossier de soins infirmiers	9 €
reproduction livret(s) de radiographie	6 €
reproduction scanners ou IRM + CD (par livret)	6 €
bénéficiaire de la CMU ou de L'AME (fournir justificatif), quand dossier récupéré sur place	gratuit
participation au frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception	7 €

6/ je n'envoie pas d'argent maintenant, un avis de prépaiement me sera communiqué m'indiquant le montant dû. La réception du paiement validera la demande.

Date de la demande :/...../.....

Signature du demandeur :

Procuration

Je soussigné(e) : nom : prénoms :

né(e) le :/...../.....

domicilié(e) :
.....
.....

...

autorise : nom : prénom : à
récupérer les documents demandés au recto de la feuille, **en présentant sa propre pièce d'identité.**

A, le

.....

Signature