

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR UN MANDATAIRE

(application de la loi n°2002.303 du 4 mars 2002, du décret n°2002.637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L1111-7 et L1112-1 du code de la santé publique et de l'arrêté du 5 mars 2004 relatif à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne).

### IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_ TELEPHONE : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 CODE POSTAL : \_\_\_\_\_ VILLE : \_\_\_\_\_

### IDENTITE DU PATIENT

NOM : \_\_\_\_\_ PRENOM : \_\_\_\_\_  
 DATE DE NAISSANCE : \_\_\_\_\_

### MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER

CONSULTATION SUR PLACE VOUS SEREZ ACCOMPAGNE(E) D'UN TIERS :  OUI  NON  
 ENVOI DE REPRODUCTIONS :  A VOUS-MEME  A VOTRE MEDECIN TRAITANT : \_\_\_\_\_  
 Vous pouvez venir chercher les documents sur place : assurez-vous d'avoir bien noté votre numéro de téléphone, nous vous contacterons dès qu'ils seront disponibles

### MOTIF DE LA DEMANDE (facultatif)

Suivi par un autre praticien  Changement de domicile  Autre : \_\_\_\_\_  
 Démarches administratives  En vue d'une expertise \_\_\_\_\_

### LES SERVICES CONCERNES PAR LA DEMANDE

Désignation du service	Dates des consultations ou hospitalisations

### DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES

Comptes rendus de consultation  Dossier d'anesthésie  
 Comptes rendus d'hospitalisation  Dossier infirmier  
 Comptes rendus opératoires  Dossier d'observation médicale  
 Comptes rendus d'examens complémentaires :  Examens de biologie  Radiographies  
 Clichés d'imagerie :  Tous  seulement certains : \_\_\_\_\_  
 Autres pièces : \_\_\_\_\_

### LES FRAIS DE DELIVRANCE SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR

Prix unitaire de la reproduction d'une page de document papier :	<b>0,20 €</b>
Prix unitaire de la reproduction d'un cédérom :	<b>5 €</b>
Les frais d'expéditions (en recommandé avec accusé de réception) seront à votre charge :	<b>6,85 €</b>

### LA FACTURE VOUS SERA TRANSMISE AVEC LES DOCUMENTS DEMANDES

### PIECE JUSTIFICATIVE A FOURNIR

COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE  
 COPIE DU MANDAT SPECIAL

Je suis informé(e) du **caractère strictement personnel des informations** contenues dans mon dossier médical et il **m'appartient d'en préserver la confidentialité**.

Fait à  
Le \_\_\_\_\_

Signature \_\_\_\_\_

Imprimé à retourner par le demandeur à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier d'Orthez, Cellule Qualité, rue du Moulin B.P 118 – 64301 ORTHEZ Cedex ou [qualite@ch-orthez.fr](mailto:qualite@ch-orthez.fr)