

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT

(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 1112-1 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 : _____
NOM DE JEUNE FILLE : _____	DATE DE NAISSANCE : _____
ADRESSE : _____	

CODE POSTAL : _____	VILLE : _____
TELEPHONE : _____	

MODALITES DE COMMUNICATION DU DOSSIER	
<input type="checkbox"/> CONSULTATION SUR PLACE	VOUS SEREZ ACCOMPAGNE(E) D'UN TIERS : <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> ENVOI DE REPRODUCTIONS :	<input type="checkbox"/> A VOUS-MEME <input type="checkbox"/> A VOTRE MEDECIN TRAITANT : _____
<input type="checkbox"/> 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)	
<input type="checkbox"/> Suivi par un autre praticien	<input type="checkbox"/> Changement de domicile <input type="checkbox"/> Autre : _____
<input type="checkbox"/> Démarches administratives	<input type="checkbox"/> En vue d'une expertise _____

LES SERVICES CONCERNES PAR LA DEMANDE	
Désignation du service	Dates des consultations ou hospitalisations

DESIGNATION DES PIECES DEMANDEES	
<input type="checkbox"/> Comptes rendus de consultation	<input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'hospitalisation	<input type="checkbox"/> Dossier infirmier
<input type="checkbox"/> Comptes rendus opératoires	<input type="checkbox"/> Dossier d'observation médicale
<input type="checkbox"/> Comptes rendus d'examens complémentaires :	<input type="checkbox"/> Examens de biologie <input type="checkbox"/> Radiographies
<input type="checkbox"/> Clichés d'imagerie : <input type="checkbox"/> Tous	<input type="checkbox"/> seulement certains : _____
<input type="checkbox"/> Autres pièces : _____	

LES FRAIS DE DELIVRANCE SONT A LA CHARGE DU DEMANDEUR	
Prix unitaire de la reproduction d'une page de document papier noir et blanc : Format A4 :	0,18 € Format A3 : 0.36 €
Prix unitaire de la copie d'une radiologie :	Format 24x30cm 1.90 € Format 36x43cm 3.60 €
Prix unitaire de la reproduction d'un cédérom :	2,75 €
Les frais d'expéditions (en recommandé avec accusé de réception) seront à votre charge :	6,85 €
LA FACTURE VOUS SERA TRANSMISE AVEC LES DOCUMENTS DEMANDES	

PIECE JUSTIFICATIVE A FOURNIR	
COPIE DE LA PIECE D'IDENTITE	

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, secrétariat de direction, rue du Moulin B.P 118 – 64301 ORTHEZ Cedex ou secretariat.direction@ch-orthez.fr