

Département d'Information Médicale

 p.bigot@ch-vaion.fr Poste 1519



Je soussigné(e) :

NOM patronymique : _____ Prénom : _____

NOM marital : _____ Né(e) le : _____

Adresse : _____

Tél : _____

Souhaite consulter sur place mon dossier.

ou

Souhaite une copie des comptes rendus :

D'hospitalisation(s) du : _____ au _____

Opérateur(s)

Des différents examens pratiqués

Autres (à préciser): _____

concernant mon dossier médical

Ci-joint copie de mes papiers d'identité

ou

concernant le dossier médical de :

NOM patronymique : _____ Prénom : _____

NOM marital : _____ Né(e) le : _____

Filiation : _____

- Ci-joint :
- Copie de mes papiers d'identité
 - Copie des papiers d'identité de la personne concernée
 - Copie du livret de famille prouvant ma filiation
 - Acte de décès
 - Autorisation écrite du mineur pour consentement
 - Copie de la décision de justice pour une personne protégée
 - Copie de la pièce d'identité du médecin désigné
 - Attestation du patient affirmant la désignation du médecin
 - Copie de l'inscription à l'Ordre du médecin désigné
 - Autres :

Motif de la demande : _____

A noter : Les modalités de communication du dossier médical sont fixées par la loi. Un délai avant communication est établi. Il est de huit jours ouvrables à compter de la date de réception de la demande ou de deux mois maximum pour les informations de plus de cinq ans. Dans tous les cas, un délai de réflexion de quarante-huit heures est observé.

Une pièce d'identité est demandée avant transmission des informations. La demande est à adresser au Directeur du Centre Hospitalier de Vaison-la-Romaine.

SIGNATURE :

Vaison-la-Romaine, le : _____