

Formulaire à retourner au :

DEPARTEMENT D'INFORMATION MEDICALE
CENTRE HOSPITALIER DE L'ARRONDISSEMENT DE MONTREUIL
140 Chemin Départemental 191 – CS 70008
62180 RANG DU FLIERS

Formulaire également disponible sur www.ch-montreuil.fr / rubrique « votre hospitalisation/droit des patients »
Pour tout renseignement : 03 21 89 45 18

Identité du demandeur

Je soussigné(e) Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le :
Domicilié(e) à :
.....
Téléphone : Mail :

Je demande mon dossier médical*

Justificatif d'identité à joindre à votre demande :

- copie de votre carte nationale d'identité,
- ou copie de votre permis de conduire,
- ou copie de votre titre de séjour.

Je demande le dossier médical d'une autre personne*

Nom du patient : Prénom :
Nom de jeune fille : Né(e) le :
Domicilié(e) à :
.....

J'exprime cette demande en ma qualité de :

Titulaire de l'autorité parentale* (père ou mère)

Justificatifs à joindre à votre demande : - copie de votre carte nationale d'identité,
- copie du livret de famille.

Mandataire judiciaire*

Justificatifs à joindre à votre demande : - copie de votre carte nationale d'identité,
- ordonnance du juge des tutelles.

Ayant droit d'une personne décédée*

conjoint* père-mère* enfant* autre* (précisez) :

Justificatifs à joindre à votre demande :
- copie de votre carte nationale d'identité,
- livret de famille,
- acte de décès,
- certificat d'hérédité.

Pour les ayants-droits d'une personne décédée, **préciser le motif de la demande** : (date du décès :)

connaître les causes de la mort * défendre la mémoire du défunt* droit à faire valoir*
Précision sur le motif :

► Renseignements facilitant la recherche des informations médicales

Nom du ou des service(s) de soins où le patient a été hospitalisé ou examiné en consultation :

.....
.....
.....

Date(s) d'hospitalisation ou de consultation :

.....
.....
.....

► Nature des documents demandés* (possibilité de sélectionner plusieurs pièces)

- Observations médicales
- Courriers médicaux
- Compte-rendu d'hospitalisation/Lettre de sortie
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu d'imagerie médicale
- Autres documents : à préciser :

.....
.....

Frais de copie et de communication :

- photocopie A4 : 0,18€
- photocopie A3 : 0,36€
- duplicata de radiographie : 2,00€
- copie de scanner ou d'IRM : 3,00€
- frais d'envoi en recommandé avec AR : tarif en vigueur

► Modalités de communication des documents*

- Remise des copies sur place (au Département d'Information médicale) (n° de téléphone à contacter :

- Envoi postal :

- à moi-même

- à un médecin :

Nom et prénom :

Adresse :

.....

- Consultation sur place sur RDV avec la présence d'un médecin

► Attestation

Je soussigné(e) M, Mme, Mlle

- certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- accepte de prendre en charge les frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé avec AR

Date :

Signature :