

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 :