

## DEMANDE DE COMMUNICATION DE VOTRE DOSSIER MÉDICAL

### Identité du patient

Madame, Monsieur (*barrez la mention inutile*)

Nom .....

Nom de jeune fille .....

Prénom .....

Date de naissance ...../...../.....

Adresse : .....

.....

Téléphone .....

> **Pièce à fournir** : une pièce d'identité en cours de validité (*copie recto-verso de votre carte nationale d'identité ou de votre passeport, ou de votre titre de séjour...*).

### Modalités de communication

Je souhaite :

- La consultation de mon dossier à l'hôpital avec ou sans accompagnement médical (*sur rendez-vous*) et éventuellement avec remise de copies\*
- Le retrait de mon dossier au service de la patientèle\* (*sur rendez-vous*)
- L'envoi postal à mon domicile\*
- L'envoi postal à un médecin que je désigne :

Nom ..... Prénom .....

Adresse : .....

..... Téléphone : .....

- Médecin traitant  Autre médecin, préciser : .....

#### **Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical :**

*Les informations que vous allez détenir présentent un caractère strictement personnel. C'est pourquoi il est recommandé de faire preuve de la plus grande prudence à l'égard de tiers qui souhaiteraient en obtenir la communication.*

- Site de Juvisy/Orge
- Site de Longjumeau
- Site d'Orsay

#### • Service(s) concerné(s)

.....

#### • Période(s) d'hospitalisation

.....

### Pièces demandées

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Prescriptions établies lors de la consultation ou de la sortie
- Lettre de sortie
- Examens d'imagerie :
  - Radiographies
  - Scanners
  - IRM
- Examens biologiques
- Dossier d'anesthésie
- Autre : .....

\* Conformément aux dispositions de l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, la communication de ces documents peut vous être facturée.

- Photocopie : 0.22€ la page
- Contretype de cliché d'imagerie : 1€
- Recommandé avec avis de réception (tarifs postaux en vigueur)

Pour toute demande dont le montant total des frais (*reproduction et envoi en lettre RAR*) est inférieur à 10€, il n'y aura pas de facturation.

Date de la demande ...../...../.....

Signature