

Formulaire de demande de dossier médical

A retourner avec la(les) pièce(s) justificative(s) au CMC Les Cèdres
A l'attention du directeur, Impasse des Cèdres 19100 BRIVE LA GAILLARDE

Je, soussigné(e), M / Mme / Mlle

Nom et prénom _____

Nom de jeune fille : _____

Né(e) le ____/____/____ Tél : _____

Adresse _____

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, mandataire, ou ayant droit de (nom, prénom du patient)

Né(e) le ____/____/____

Demande à obtenir communication de la copie des documents suivants :

Pour l'hospitalisation du _____ au _____

Pour l'hospitalisation du _____ au _____

Pièce(s) demandée(s) :

- Le compte rendu de l'hospitalisation
- Le compte rendu opératoire
- Les pièces essentielles du dossier médical (Examens laboratoires, comptes rendus d'imagerie)
- Autres documents : _____

Pour les patients décédés : préciser *obligatoirement, conformément la réglementation* le motif de la demande

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir leurs droits

Modalités de communication

- Envoi postal
- Envoi postal à un médecin désigné : nom et coordonnées postales du médecin
.....
- Souhaite un accompagnement médical pour une consultation sur place

Joindre **IMPÉRATIVEMENT la copie recto verso de la pièce d'identité** du demandeur et en cas de décès les copies de la pièce d'identité du patient et du livret de famille et un chèque de 20€.

La copie du dossier fera l'objet d'une remise de quittance de paiement.

La consultation des pièces du dossier est possible et gratuite, n'hésitez pas à nous contacter.

Le délai de transmission des dossiers de moins de 5 ans est de 8 jours ouvrés et de plus de 5 ans, de 2 mois maximum.

Nous nous efforcerons de vous répondre dans les meilleurs délais.

Date : ____/____/____ Signature :