



FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL

Identité du demandeur :

Je soussigné(e),
(Nom et Prénom du demandeur)

né(e) le : / / à :

demeurant à :

Téléphone :

Adresse E-Mail :

Qualité du demandeur :

Personne concernée :

- Tuteur
 Titulaire de l'autorité parentale
 Médecin désigné

Identité de la personne titulaire du dossier médical demandé :

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

né(e) le : / /

Mode de communication du dossier médical :

- Consultation** au Centre Hospitalier de Dieppe
 Edition d'un duplicata (facturé) du dossier médical :

Qui vous sera remis par voie postale –

Précisions postales :

- Que vous viendrez directement chercher à la Direction du Centre Hospitalier de Dieppe
 Qui sera remis par voie postale au médecin de votre choix

Nom :

Adresse :

Pièces du dossier médical souhaitées :

Cette demande **porte sur** :

- la période du / / au / /
- service(s) concerné(s) :

Pièce d'identité produite :

- Carte nationale d'identité n° _____
 Passeport n° _____
 Permis de conduire n° _____

A fournir obligatoirement :

- Pour les titulaires de l'autorité parentale :
Livret de famille+ carte d'identité de l'enfant
 Pour les tuteurs : ordonnance de jugement
 Pour le médecin désigné : lettre du patient

- éléments demandés (si radiographies originales indispensables, le mentionner ainsi que l'adresse du médecin auquel ces originaux devront être adressés) :

Assistance médicale éventuelle :

Vous pouvez **vous faire assister d'un médecin** lors de la consultation du dossier médical. Le choix de ce médecin vous est totalement **libre** (praticien du Centre Hospitalier de Dieppe ou médecin libéral)

Si tel est votre choix, précisez les coordonnées du médecin choisi :

Nom et Prénom :

Adresse:

Téléphone :

LE DEMANDEUR DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE :

- Du caractère strictement personnel des informations contenues dans le dossier médical.
- De la nécessité, en cas de récupération à la Direction des Affaires Générales, des Relations avec les Usagers et de la Communication du dossier médical, de prévenir de son intention le secrétariat de Direction 24 heures à l'avance.
- De la tarification applicable à la duplication du dossier médical demandé :

Les tarifs sont arrêtés par décision de la Direction du 23 avril 2012 fixant le coût de la photocopie d'un dossier médical de la façon suivante :

- **0,20 €** par page papier photocopiee
- **2 €** pour le duplicata d'un CD
- **5 €** par cliché radiologique

Vous souhaitez que le duplicata de votre dossier médical vous soit adressé en recommandé avec accusé de réception (**tarification supplémentaire – voir tableau ci-dessous**).

Tarifs postaux - Lettre recommandée

Destination France

Poids jusqu'à	Tarifs
20g	4,50 €
50g	5,18 €
100g	5,85 €
250g	7,14 €
500g	8,38 €
1kg	9,63 €
2kg	11,39 €
3kg	12,63 €
Avec avis de réception	1,15 €
Avis de réception Papier National	1,20 €

A, le / /
 Le demandeur,
 (Nom, Prénom)
 Signature