



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 postalePrécisions postales :

 Que vous viendrez directement chercher à l'accueil du Centre Hospitalier de Dieppe

Pièces du dossier médical souhaitées :

Cette demande **porte sur** :

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

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

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 désigné :

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 de prévenir de votre intention de récupérer le dossier médical auprès de l'accueil de l'établissement, 24 heures à l'avance, au 02 32 14 71 95 ou accueil@ch-dieppe.fr.**
- **De la tarification applicable à la duplication du dossier médical demandé :**

Les tarifs sont arrêtés par décision de la Direction du 22 juillet 2024 fixant le coût de la photocopie d'un dossier médical de la façon suivante :

- **0,20 €** par page papier photocopiée
- **2.10 €** pour le duplicata d'un CD

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	5.74 €
50g	6.56 €
100g	7.40 €
250g	9.05 €
500g	10.63 €
1kg	12.23 €
2kg	14.48 €
Avec avis de réception	1,40 €

A, le / /

Le demandeur,
(Nom, Prénom)
Signature

DOCUMENT APPROUVE AU CH DE DIEPPE