

FORMULAIRE DE DEMANDE DE TRANSMISSION DE DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR (joindre photocopie d'une pièce d'identité)

Nom de naissance : Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance : Lieux de naissance :

Adresse :

Code Postal : Ville :

N° de téléphone :

Lien avec l'hospitalisé(e) (enfant, ayant droit, conjoint.....) :

IDENTITE DE L'HOSPITALISE(E) (si différente du demandeur)

Nom de naissance : Prénom :

Nom de Jeune Fille :

Date de Naissance : Lieux de naissance :

En cas de décès, joindre copie acte de décès et justificatif de la qualité d'ayant droit

INFORMATIONS CONCERNANT LE SEJOUR

Service d'hospitalisation : Hôpital complet Hôpital de jour

Préciser médecin :

Dates d'hospitalisation(s) :

.....

INFORMATIONS CONCERNANT LES PIECES DU DOSSIER A TRANSMETTRE

Fiches d'hospitalisation précisant les informations ayant été données à l'inscription, le nom de la personne de confiance, etc

Fiches de suivi médical (démarche de soins, prescriptions médicales, etc)

Résultats d'examens de laboratoire

Autres (à préciser) :

.....

MOTIF DE LA DEMANDE

.....
.....

ATTESTATION :

Je soussigné(e), Mr, Mme demande les copies des pièces du dossier mentionné ci dessus et vous fournis ci-joint un document permettant d'attester mon identité (copie de la carte d'identité/du passeport ou livret de famille etc.).

Je déclare être informé(e), que dans certains cas, je peux être amené à m'acquitter de frais (précisions dans l'encart ci-dessous).

Je déclare être informé(e) que ces informations sont strictement confidentielles.

MODALITES DE CONSULTATION

Je souhaite

Consultation du dossier sur place (pas de copie) : *aucun frais*

- Consulter mon dossier sur place
 - Consultation du dossier accompagnée d'un médecin du CRF
 - Consultation du dossier seul
- Que mon médecin puisse venir consulter mon dossier sur place (pas de copie)

Récupération d'une copie du dossier sur place : *à partir de la 2^{ème} demande, frais de photocopie (0,30€ HT l'unité)*

- Venir récupérer une copie de mon dossier au CRF
- Que mon médecin vienne récupérer une copie de mon dossier au CRF

Envoi d'une copie du dossier par envoi postal (en recommandé AR) : *à partir de la 2^{ème} demande, frais de photocopie (0,30€ HT l'unité) et d'envoi postal avec AR*

- Qu'une copie de mon dossier me soit transmise
- Qu'une copie de mon dossier soit transmise à mon médecin

Envoi d'une copie du dossier par voie électronique sécurisée (Mon Espace Santé*) : *aucun frais*

- Le recevoir via la messagerie sécurisée de santé
- Le recevoir dans mon Dossier Médical Partagé

**Possible uniquement si le demandeur est l'hospitalisé et que votre identifiant national de santé est qualifié.*

Le cas échéant, merci de préciser le nom, prénom et lieux d'exercice du médecin concerné :

.....

Fait à : le :

Signature :