

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL AU CHITS

Pour toute demande de communication de dossier,

Il faut en effectuer la demande auprès du directeur de l'établissement tel que défini par le décret n°2002637 du 30 avril 2002 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : compléter le formulaire ci-dessous.

Il faut obligatoirement que le patient joigne la photocopie de sa pièce d'identité ou autre (passeport...), et le cas échéant tous documents justifiant le lien avec le patient. (livret de famille, acte notarié ou autre document).

PATIENT : Monsieur, Madame, Mademoiselle

Nom de Naissance : Nom d'Epouse :

Prénom : Date de Naissance :

Téléphone :

Adresse :

.....

DEMANDEUR : Si ce n'est pas le patient qui demande son dossier : Père, Mère, Mandataire, Ayant droit

Monsieur, Madame, Mademoiselle

Nom de Naissance : Nom d'Epouse :

Prénom : Date de Naissance :

Téléphone :

Adresse :

NATURE DE LA DEMANDE :

- Dossier complet : OUI NON
- Si NON, précisez les documents que vous souhaitez recevoir (compte rendu d'hospitalisation, compte rendu opératoire, examens de radiologie, de biologie...):

.....
.....

- Renseignements facilitant la recherche du dossier (date, service d'hospitalisation) :

.....

	Noms et fonctions
Rédigé par	C.CRESPIN Secrétaire Service d'information Médicale
Approuvés par	H.REDIER, Médecin Service d'Information Médicale I.GRANIER, Médecin Référent Identitovigilance CHITS

.....
.....

MODALITE DE REMISE (cocher votre choix) :

Remise en mains propres à l'hôpital (vous serez contacté par téléphone pour organiser la remise du ou des documents.

Envoi postal à votre adresse par lettre recommandée avec AR.

La communication de tout ou partie du dossier médical fait l'**objet d'une facturation qui vous sera adressée** après l'envoi des documents selon **la tarification suivante** :

	Remise en mains propres	Envoi postal avec AR
1 - Jusqu'à 10 feuilles copiées - 2 Radios	16 €	20 €
2 - Jusqu'à 50 feuilles copiées - 4 Radios	26 €	31 €
3 - Jusqu'à 100 feuilles copiées - 10 Radios	56 €	62 €
4 - Plus de 100 feuilles copiées - 10 Radios	101 €	108 €

Fait le :/...../.....

Signature :

Ce document complété est à adresser soit par voie postale, signé par le demandeur à :

DIRECTION GENERALE

Hôpital Sainte Musse

CS 31412

83056 TOULON Cedex

Soit par mail à l'adresse suivante :

dg@ch-toulon.fr