



CENTRE HOSPITALIER EPERNAY

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL PATIENT

Fiche de renseignements à retourner accompagnée des pièces justificatives :
Direction du Centre Hospitalier - 137, rue de l'Hôpital
B.P. 137 - 51205 EPERNAY Cedex



1 - Identité du patient :

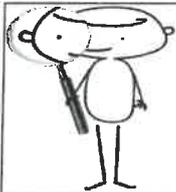
Nom – Prénom _____
Nom de jeune fille _____
Date de naissance _____
Adresse _____
N° de tel. : _____

2 - Renseignements concernant le demandeur :

Qualité : Patient Détenteur de l'autorité parentale Tuteur légal

Identité du demandeur (ne remplir que si différente du patient)

Nom – Prénom _____
Adresse _____
N° de tel. _____



Pièces à produire :

- Photocopie recto-verso de votre pièce d'identité
- Pour un patient majeur protégé : photocopie du jugement de désignation du tuteur
- Pour un patient mineur : photocopie d'un justificatif de votre autorité parentale (Livret de famille, extrait acte de naissance, décision de justice)

3 - Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service, nom du praticien :

.....

4 - Documents médicaux à transmettre :

- Compte(s)-rendu(s) opératoire(s) Compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation Dossier d'Anesthésie
- Compte(s)-rendu(s) consultations(s) Compte(s)-rendu(s) d'Imagerie (s) et clichés
- Examens de Laboratoire Dossier de Soins Fiche Urgences Ensemble du dossier
- Autre : préciser

5- Modalités de communication :

Souhaitez-vous que les éléments du dossier soient communiqués :

- A vous-même Par l'intermédiaire d'un médecin préciser :

Mode de transmission de l'information (consultation sur place, par défaut)

- par consultation sur place retrait sur place par envoi postal *

6- Frais de reproduction :

| DOCUMENTS PAPIER | | CLICHES RADIOGRAPHIQUES | |
|------------------|--------|-------------------------|--------|
| format A 4 | 0.18 € | format 28 x 35 | 1.5 € |
| format A 3 | 0.30 € | format 36 x 43 | 3 € |
| | | Cédérom | 2.75 € |

Le demandeur certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements et documents transmis à l'administration **(Dater et Signer)**

*frais d'expédition (Documents transmis en A/R) :

Facturation selon les frais postaux en vigueur

N° de la demande _____

Date de transmission _____