



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

1100.03.001
Version : 1
P 1 / 1

Doc réf : 1100.02.001

Demande à compléter et à retourner à : Madame la Directrice - Centre Hospitalier Bernard Desplas - Place Tournois - 23400 Bourgneuf

DEMANDEUR (joindre une copie de votre pièce d'identité)

Nom : Prénom :

☎ :

DEMANDE FAITE EN QUALITE DE :(joindre une copie des documents attestant de votre qualité : livret de famille, jugement, acte notarial ...)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale | <input type="checkbox"/> Tuteur |
| <input type="checkbox"/> Délégué de l'autorité parentale | <input type="checkbox"/> Mandataire |
| <input type="checkbox"/> Ayant droit | |

Motivations (uniquement ayant droit) :

.....
.....
.....
.....
.....

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

DOCUMENTS DEMANDES

.....
.....
.....
.....
.....

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER (Dates de l'hospitalisation, service...)

.....
.....

MODALITES DE COMMUNICATION

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consultation gratuite sur place | <input type="checkbox"/> Avec | <input type="checkbox"/> Sans | accompagnement médical |
| | <input type="checkbox"/> Avec | <input type="checkbox"/> Sans | présence d'un tiers |

Envoi à mon domicile

Adresse :

Envoi au médecin de mon choix

Adresse :

Date :

Signature :

: Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation : 0.18 € la page + frais postaux réels (pli recommandé)