HÔPITAL SAINT JEAN ASSOCIATION BAPTEROSSES 31 boulevard Loreau 45250 BRIARE Tél : 02 38 29 56 56	**Prise en charge des patients** Formulaire Demande de communication du dossier médical	N° : For - D A 2 7 1 – 01 09 - 1 Annexe : Page (s) : 1/1 Date d'application : janvier 09

Je, soussigné, M/Mme/Mlle

Né(e) le à

Domicilié(e)

Tél :

Le cas échéant : représentant légal, mandataire, ou ayant droit de (nom prénom du patient)

Né(e) le à

Demande à obtenir communication de la copie du document suivant :

☐ Le compte rendu de l'hospitalisation du au
☐ Les pièces essentielles du dossier médical
☐ Autres documents :

Etabli(s) par l'Hôpital Saint-Jean de Briare

☐ A mon nom ☐ au nom de :

Selon les modalités suivantes :

☐ Remise sur place (Prendre rendez-vous avec le chef de service)
☐ Par envoi postal à M/Mme/Mlle (nom, prénom, adresse)
☐ Par envoi postal au docteur (nom, prénom, adresse)

Motif de la demande (obligation légale pour le dossier d'un patient décédé) :

Date : Signature

- pour un envoi, joindre une photocopie de votre pièce d'identité et si nécessaire un document attestant de votre qualité de mandant, ayant droit ou représentant légal.
-Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation.