

Demande formulée par le patient ou son représentant

IDENTITE DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Nom :

Prénom :

Né(e) le : / /

Adresse

Code Postal : Ville :

Téléphone :

Qualité du demandeur si différent du patient :

Père, mère (si patient mineur)

tuteur

Nom : Prénom :

Adresse :

DEMANDE LA COMMUNICATION DES DOCUMENTS SUIVANTS

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu opératoire

Compte-rendu de consultation

Résultat d'examens biologiques, à préciser :

Compte rendu d'imagerie médicale - CD ROM

Dates et Service(s) concerné(s) :

.....

.....

.....

MODALITES DE REMISE DES COPIES DU DOSSIER MEDICAL

Je demande l'envoi postal des documents à mon domicile

Je viendrai chercher les documents au Centre Hospitalier (bâtiment Direction – secrétariat de Direction)

Je souhaite que l'on transmette mes documents au médecin désigné ci-dessous :

Docteur

Adresse :

Date : / /

Signature :

➔ **Feuille suivante :**

- ◆ **Détail des pièces justificatives à fournir obligatoirement**
- ◆ **Informations**
- ◆ **Adresse d'envoi du formulaire**

Pièces justificatives à fournir

Dans le cas où le patient est le demandeur lui-même :

-  La copie de votre carte d'identité recto verso ou de votre passeport (destiné à s'assurer de votre identité)

Dans le cas d'un dossier d'un enfant mineur :

-  La copie de la carte nationale d'identité du parent recto verso
-  La copie intégrale du Livret de Famille

Dans le cas d'un dossier d'une personne sous tutelle

-  La copie de la pièce d'identité du demandeur recto verso
-  La copie de la pièce d'identité du patient recto verso
-  La copie du jugement de tutelle

Délai de communication

 **Dossier de moins de 5 ans :** les éléments du dossier demandés seront communiqués dans un délai de 8 jours, à compter de la réception de la demande complète.

 **Dossier de plus de 5 ans :** les éléments du dossier demandés seront communiqués dans un délai de 2 mois au maximum, à compter de la réception de la demande complète.

Adresse d'envoi du formulaire

M. le Directeur du Centre Hospitalier de Dax-Côte d'Argent

Boulevard Yves du Manoir

B.P. 323

40107 DAX Cedex