



Centre Hospitalier de BAR-LE-DUC FAINS-VEEL

Demande de communication de dossier patient majeur

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR:

DATE: | | | | |

	Patient
> Copie de	la pièce d'identité
	Représentant légal (parent d'un enfant mineur) SAUF OPPOSITION DU MINEUR
_	la pièce d'identité du demandeur livret de famille ou de l'acte de naissance
, C.	Tuteur à la personne
	pie de la pièce d'identité du patient pie de la pièce d'identité du mandataire judiciaire
> Co	pie du jugement de tutelle
_a communica	tion directe d'un dossier médical au patient concerné est possible depuis la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients et son décret d'application du 29 avril 2002.
VOTRE IDE	NTITE:
Nom :	Prénom :
Nom de jeune	fille : Date de naissance :
Adresse :	
Code postal :_	Ville :
VOTRE DO	<u>SSIER</u> :
s souhaitez :	
☐ L'ensembl	e du dossier
☐ Les docun	nents concernant une consultation ou une hospitalisation :
D	ans le service de : En (date ou période) :
I A CONSU	LTATION DU DOSSIER :
<u>LA GONGO</u>	LIATION DO DOCOLLY.
	Obtenir une copie du dossier adressée à votre domicile en recommandé avec AR (Montant minimum forfaitaire de 9,50€ à raison de 0,19 € la copie et des frais d'envoi au tarif postal en vigueur)
	Obtenir une copie du dossier en venant le chercher à l'hôpital (Montant minimum forfaitaire de 9,50€ à raison de 0,19 la copie)
	Venir consulter le dossier à l'hôpital (et bénéficier des explications d'un médecin de l'établissement.)
pouvons par votre	t élevé des radiographies et la mauvaise qualité des copies nous incitent à ne pas les dupliquer. Nous vous adresser les originaux qui, alors, ne seront plus dans votre dossier à l'hôpital. Vous vous engagez, signature en cochant la case ci-dessous, à comprendre que vous êtes l'unique détenteur de ces clichés. COCHEZ CETTE CASE SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR LES ORIGINAUX DES RADIOGRAPHIES

Signature: