



CENTRE HOSPITALIER *William Morey*  
71321 CHALON-SUR-SAÔNE

**Secrétariat Général**  
Qualité – **Clientèle** – Risques

☎ 03 85 44 64 44

☎ 03 85 44 67 29

## ☞ DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL ☞

### ☞ PAR LE PATIENT LUI-MÊME ☞

(Conformément au décret n° 2002-637 du 29 avril 2002)

*Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, je vous remercie de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à l'adresse suivante :*

**Centre Hospitalier William Morey - A l'attention du Directeur - Cellule Clientèle**  
**7 quai de l'Hôpital - BP 120 - 71321 CHALON SUR SAONE**

➤ **Je soussigné(e)**       Madame       Mademoiselle       Monsieur

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Domicilié: .....

➤ **souhaite obtenir les documents suivants**

- le dossier réglementaire selon l'article 9 du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002
- le compte-rendu d'hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....
- autre(s) document(s) (à préciser sur papier libre le cas échéant)

➤ **Hospitalisation(s) ou consultation(s) concernée(s)** (il est recommandé de fournir un maximum de renseignements pour les dossiers anciens afin de faciliter les recherches) :

⇒ Dates, services et médecins : .....

➤ **Mode de communication de votre dossier**

- consultation sur place <sup>①</sup>
- consultation sur place et remise de copies <sup>① ② ③</sup>
- envoi de copies <sup>② ③</sup> (facturation des copies + frais d'envoi, conformément à l'article L.1111-7 du CSP)

① Vous avez la possibilité de vous faire accompagner d'une tierce personne de votre choix lors de la consultation.

② Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie de votre pièce d'identité.

③ Vous trouverez en annexe les modalités de facturation appliquées pour la duplication et l'envoi des dossiers médicaux par le Centre Hospitalier William Morey.

Fait le : ..... Signature