

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT LUI-MÊME

(Conformément au décret n° 2003-462 du 21 mai 2003)

*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 Chalon sur Saône William Morey**  
**A l'attention du Directeur - Direction Clientèle**  
**4 rue Capitaine Drillien - CS80120 - 71321 CHALON SUR SAONE CEDEX**

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

NOM : ..... Prénom : .....

Né(e) le : ..... Domicilié(e) : .....

..... Téléphone : .....

➤ **souhaite obtenir la copie des pièces de mon dossier médical selon le décret 2003-462 du 21 mai 2003, en particulier :**

le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation du ...../...../..... au ...../...../.....

d'autre(s) document(s) au titre de l'article R.1112-2 du Code de la Santé Publique (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 des pièces du dossier médical :**

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)

<sup>①</sup> **Vous avez la possibilité de vous faire accompagner d'une tierce personne de votre choix lors de la consultation.**

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

<sup>③</sup> **Vous trouverez en annexe les modalités de facturation appliquées pour la duplication et l'envoi des dossiers médicaux par le Centre Hospitalier de Chalon sur Saône William Morey.**

Fait le : ..... Signature