

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT LUI-MÊME

(Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique)

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 ou par retour de mail :

Centre Hospitalier Chalon sur Saône William Morey
A l'attention du Directeur - Direction Relations avec les Usagers
4 rue Capitaine Drillien - CS80120 - 71321 CHALON SUR SAONE CEDEX

➤ **Je soussigné(e)** Madame Monsieur

NOM : Prénom :

Né(e) le : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail : @.....

➤ **Souhaite obtenir la copie de documents de mon dossier médical**

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

⇒ Services et médecins :

Date(s)/ Année(s) concernée(s)

Le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation

Le(s) compte(s)-rendu(s) de consultation

Le(s) examens biologiques/anatomopathologiques

L'imagerie médicale (scanner, radiographies...)

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)

➤ **Mode de communication des pièces du dossier médical (facturation à partir de 15 copies) :**

Remise en main propre (facturation des copies)

Envoi de copies (facturation des copies + frais d'envoi)

Prix unitaire copie	0.18 €
Prix unitaire CD ROM (pour l'imagerie)	2.75 €
Envoi postal	Tarif de la Poste en vigueur

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

Toute information sur la protection des données (RGPD) est consultable sur le site internet www.ch-chalon71.fr

Fait le : Signature :