

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 :**

Remise en main propre

Envoi de copies

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

Gratuité des frais de reproduction lors de la première demande. Pour toute demande supplémentaire, facturation selon la tarification en vigueur. Toute information sur la protection des données (RGPD) est consultable sur le site internet www.ch-chalon71.fr

Fait le : Signature :