Dossier Médical détenu par le Centre Hospitalier d'Auxerre
Demande de communication totale ou partielle par le
PATIENT CONCERNE

1. Identité du patient demandeur

Nom et prénom : _____

Nom de naissance: _____

Date et lieu de naissance : ____ / ____ / ____ A _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ Adresse Mail : _____

2. Hospitalisation (s) et consultation (s) concernée (s)

Date(s) ou année (s) de(s) hospitalisation(s) : Service :

Date(s) ou année (s) de(s) consultation(s) : Service :

3. Dossier médical du patient concerné = je demande

La possibilité de consulter sur place mon dossier médical

A recevoir une copie des documents ci-après désignés (liste non exhaustive)

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu de consultation

Compte-rendu opératoire

Compte-rendu d'examen

Clichés ou CD d'imagerie (*radiologie, scanner, IRM...*)

Résultats biologiques (laboratoire)

Compte-rendu d'imagerie (*radiologie, scanner, IRM, échographie...*)

Autres _____

4. Modalités de retrait de la copie des éléments du dossier médical du patient concerné

Mise à ma disposition au secrétariat clientèle (niveau -2) – RDV à définir ensemble

Envoyé par pli recommandé avec Accusé Réception

Envoyé par pli simple

Envoyé par messagerie sécurisée (mail)

5. Tarifs

Je suis informé(e) que les frais de reproduction et d'expédition de ces documents me seront facturés après service fait sur la base des tarifs fixés par le Directoire du Centre Hospitalier d'Auxerre (voir tarifs ci-joints).

Date : _____

Signature : _____

Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce document, n'hésitez pas à nous contacter au 03.86.48.47.66 de 8h45 à 11h45 et de 13h30 à 15h30

JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE LA COPIE RECTO-VERSO DE VOTRE PIECE D'IDENTITE OU DE PASSEPORT (en cours de validité)

Demande à renvoyer par lettre simple à :

OU

Demande à renvoyer par mail à :

Madame la Directrice de la Clientèle - Service "Dossiers Médicaux"
Centre Hospitalier - 2 Boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 AUXERRE Cedex

contactusager@ch-auxerre.fr