

1. Identité de l'enfant

Nom et prénom :

Nom de naissance :

Date et lieu de naissance :

/

/

A

2. Identité du représentant légal

Nom et prénom du demandeur :

Date et lieu de naissance :

/

/

A

Domicile :

Téléphone :

Adresse Mail :

3. Hospitalisation (s) ou consultation (s) concernée (s)

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

Service :

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

Service :

4. Dossier médical du mineur = je demande

☐ 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 :

5. Modalités de retrait de la copie des éléments du dossier médical du mineur

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

☐ Envoyer par pli recommandé avec Accusé Réception

☐ Envoyer par pli simple

☐ Envoyer par mail (messagerie sécurisée)

6. 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 impérativement à votre demande, la copie recto-verso de votre carte d'identité et la copie du livret de famille (Feuillets concernant les parents et l'enfant) ou décision de justice attestant de votre autorité parentale

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