



HÔPITAUX
DU BASSIN
DE THAU

FORMULAIRE DE DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL OU D'INFORMATIONS MEDICALES

PATIENT CONCERNE

NOM et Prénom :
Date de naissance :/...../..... Nom de Naissance :
Adresse :
.....
.....Numéro de téléphone.....

- **Joindre la copie d'une pièce d'identité recto-verso** (sauf pour les mineurs)

DEMANDEUR (si différent du patient)

NOM et Prénom :
Adresse :
.....
.....Numéro de téléphone.....

Qualité du demandeur : ☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur ☐ Autre (à préciser).....

Dans tous les cas, joindre la copie de la pièce d'identité recto-verso du demandeur

➤ **Représentant légal**

- *Joindre la copie du livret de famille, une copie d'un justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation*

➤ **Tuteur**

- *Joindre une copie du jugement de tutelle*

Si la demande concerne une personne décédée

- **Joindre la copie de l'acte de décès** (Sauf si décédée aux Hôpitaux du Bassin de Thau)
- **Indiquer le ou les motif(s) de la demande**

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir vos droits

☐ Autres (précisez).....

PERIODES ET SERVICES

Afin de faciliter la recherche du dossier médical, veuillez préciser :

Date d'entrée	Date de sortie	Service d'hospitalisation

Motif de la demande :

Si votre demande concerne une expertise, merci de préciser la date de celle-ci :

DESIGNATION DES PIECES SOUHAITEES

☐ Compte-rendu d'hospitalisation	☐ Comptes rendus d'exams complémentaires (laboratoire, imagerie médicale ...)
☐ Compte-rendu opératoire	☐ Reproduction des clichés radiologiques et scanners
	☐ Autres pièces (à préciser)

Pour les dossiers de consultations, merci de contacter directement le secrétariat concerné



04 67 46 57 57 (standard de l'hôpital)

MODALITES DE COMMUNICATION (cochez le mode souhaité)

Le décret du 29 avril 2002 demande à ce que vous précisiez votre souhait concernant les modalités de communication de ces informations

- ☐ Envoi de copies à votre domicile
- ☐ A remettre en main propre (une fois le dossier prêt, vous serez contacté pour venir le chercher)
- ☐ Consultation sur place (une fois le dossier prêt, vous serez contacté pour venir le consulter)
- ☐ Envoi au médecin de votre choix

Médecin désigné :

Adresse :

Vous pouvez demander l'intervention d'un médecin intermédiaire pour prendre connaissance des informations. Dans ce cas, veuillez indiquer votre choix ci-dessous :

- ☐ Par un médecin des Hôpitaux du Bassin de Thau
- ☐ Par un autre médecin que vous choisirez. Dans ce cas, lui demander de transmettre ses coordonnées sur une ordonnance
- ☐ Autre personne. Dans ce cas, merci de joindre une procuration manuscrite.

A.....

Signature du Patient ou du demandeur

Le

Merci de compléter le formulaire et joindre les justificatifs demandés

Hôpital Saint Clair

Service Relations avec les Usagers,

Boulevard Camille Blanc

34200 SETE

☎ 04 30 84 12 45 – usagers@ch-bassindethau.fr