



Enregistrement

Formulaire de demande de communication du dossier médical

ENR-QUAL-05-V2

Registre : ENR
Domaine : QUAL
N° : 05
Version : V2

Identité du demandeur

Je soussigné(e) Mme/M (nom, nom de naissance, prénom)

Né(e) le.....

Domicilié(e).....

N° de téléphone (pour vous appeler si nécessaire).....

Agissant en tant que :

- patient
 représentant légal (père, mère, tuteur) de : (nom, prénom).....
 ayants droit de : (nom, nom de naissance, prénom)

Motif de la demande de communication (pour les ayants droit) :

Demande la communication des documents suivants

- Le dossier dans son intégralité ? Oui Non
Une partie ? Oui Non

Précisez le(s) document(s) souhaité(s):.....
.....
.....

Selon les modalités suivantes

- Je souhaite que les copies des éléments me soient transmises par courrier recommandé avec accusé de réception
 Je souhaite retirer les copies des éléments sur place
 Je souhaite consulter le dossier sur place avec un accompagnement médical

Facturation

La consultation sur place est gratuite. Les frais de reproduction sont à la charge du demandeur.
Merci de joindre un chèque de 10 euros à l'ordre du CRF La Roseraie.

Formulaire à transmettre accompagné des pièces justificatives à :

Madame la Directrice du Centre Médical La Roseraie
3 place de la mairie 46240 MONTFAUCON

Pour toute demande :

- joindre au présent formulaire une photocopie de la pièce d'identité (recto/verso) du demandeur
- Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus une photocopie du livret de famille, décision de tutelle et/ou curatelle.
- Pour toute demande formulée par un ayant-droit, joindre en plus une copie de toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant droit : certificat de décès du patient, livret de famille.

Date et signature :