

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT LUI-MÊME

(Conformément à l'article L1111-7 et R1111-1 à R1111-7 du CSP)

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical conformément à l'arrêté du 5 mars 2004. Afin de satisfaire votre demande, je vous remercie de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à l'adresse suivante :

Centre Hospitalier d'Autun
A l'attention de la Direction Qualité, Risques et Clientèle
7 Bis Rue Parpas – 71407 Autun cedex

 **Je soussigné(e)** Madame Monsieur

Nom de naissance : _____ Nom d'usage : _____ Prénom : _____

Né(e) : _____ à : _____

Domicilié(e) : _____

_____ Téléphone : _____

 **Souhaite obtenir la copie des pièces de mon dossier médical selon le décret 2003-462 du 21 mai 2003, en particulier :**

le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation du .. / .. / Au .. / .. /

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*)

 **Hospitalisation(s) ou consultation(s) concernée(s)** (*il est recommandé de fournir un maximum de renseignements pour les dossiers anciens afin de faciliter les recherches*) :

Dates, services et médecins :

 **Mode de communication des pièces du dossier médical :**

consultation sur place (sur rendez-vous et jours ouvrables) ① ②

consultation sur place et remise des copies (sur rendez-vous et jours ouvrables) ① ②

envoi des copies par voie postale ②

① **Vous avez la possibilité de vous faire accompagner d'une tierce personne de votre choix.**

② **Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre une copie de votre pièce d'identité.**

Fait le : _____ Signature