

☐ Je souhaite **mon dossier personnel**

OU

☐ Je souhaite le dossier de :

DEMANDEUR (à remplir obligatoirement)

NOM D'USAGE

Nom de naissance

Prénom

Né(e) le à

Adresse

.....

Adresse mail

Téléphone

Veuillez **PRECISER LES DOCUMENTS SOUHAITES** ainsi que les **DATES ET SERVICES CONCERNES** par la demande :☐ Compte-rendu opératoire☐ Compte-rendu d'hospitalisation / consultation☐ Imagerie (IRM, Scanner, échographie)**N.B.** : Possibilité de communiquer des codes par mail permettant d'accéder aux examens d'imagerie par téléchargement pour une durée de 6 mois.☐ Autres documents (ou précisions)

.....

.....

JE CHOISIS :

☐ l'envoi de duplicata par voie postale à mon adresse☐ l'envoi de duplicata à un médecin :

Docteur

Adresse

.....

Téléphone

☐ une consultation du dossier sur place - *prévoir RV*☐ le retrait sur place de duplicata – *prévoir RV*

Date de la demande

Signature du **demandeur obligatoire****Justificatifs obligatoirement joints****Photocopie d'une pièce d'identité**☐ carte d'identité du demandeur **en cours de**ou { **validité et recto verso**☐ passeport☐ carte de séjour**ET si votre demande concerne un :**☐ **Patient mineur**, copie du livret de famille...☐ **Patient incapable**, copie de l'ordonnance rendue par le juge des tutelles☐ **Patient décédé**, tout document attestant de la qualité d'ayant droit ***et je précise le motif de la demande***☐ Connaître les causes du décès☐ Défendre la mémoire du défunt☐ Faire-valoir des droits

.....

Ce document daté et signé doit être envoyé à :

Centre Hospitalier Roland MAZOIN - 12 Rue Chateaubriand – 87200 SAINT-JUNIEN

Contact : Secrétariat de direction - Tél. : 05.55.43.50.24 – Mail : secretariat.direction@ch-stjunien.fr

Coûts de duplication : Les photocopies à partir d'un second envoi pourront être facturées.