

DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT LUI-MÊME

(Conformément à l'article L1111-7 du Code de la Santé Publique)

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical. Afin de satisfaire votre demande, je vous remercie de bien vouloir compléter ce formulaire et de le retourner à l'adresse suivante ou par retour de mail :

**Formulaire à adresser :
Par courrier ou par mail
Centre Hospitalier William Morey
Direction Relations avec les Usagers
4 rue Capitaine Drillien - 71321 CHALON SUR SAONE CEDEX
qualite.chwm@ch-chalon71.fr**

➤ **Je soussigné(e)** ☐ Madame ☐ Monsieur

NOM : Prénom :

Né(e) le : Téléphone :

Adresse :

Code postal : Ville :

Mail :

➤ **Souhaite obtenir la copie de documents de mon dossier médical**

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

⇒ Services et médecins :

Date(s)/ Année(s) concernée(s)

☐ Le(s) compte(s)-rendu(s) d'hospitalisation

☐ Le(s) compte(s)-rendu(s) de consultation

☐ Le(s) examens biologiques/anatomopathologiques

☐ L'imagerie médicale (scanner, radiographies...)

☐ 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)

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

☐ Remise en main propre

☐ Envoi de copies (sur justificatif de domicile)

⇒ Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre :

**Une copie de votre pièce d'identité
Un justificatif de domicile si envoi postal.**

Gratuité des frais de reproduction lors de la première demande. Pour toute demande supplémentaire, facturation selon la tarification en vigueur.
Toute information sur la protection des données (RGPD) est consultable sur le site internet www.ch-chalon71.fr

Fait le : Signature :