

**IDENTITE DU DEMANDEUR**

Nom : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_ ☎ : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**REFERENCES DES SEJOURS OU CONSULTATIONS : dates et services**

**OBSERVATIONS DU MEDECIN DESTINATAIRE DE LA DEMANDE**

**Mention particulière concernant le choix éventuel d'une consultation sur place :**

Il est préférable d'envisager un accompagnement : - par un médecin   
- par une tierce personne   
La consultation pourra se faire en présence de la seule secrétaire

Date : \_\_\_\_\_ Docteur : \_\_\_\_\_ Signature :

**PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR**

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ déclare opter pour :

- LA CONSULTATION SUR PLACE de mon dossier au secrétariat de l'unité de \_\_\_\_\_  
en présence du docteur \_\_\_\_\_ oui  non   
d'une tierce personne oui  non

- L'ENVOI par le CENTRE HOSPITALIER d'USSEL de copies des informations :

**J'accepte** la recommandation de désigner un médecin destinataire de ces informations.

Il s'agit du Docteur \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

☎ : \_\_\_\_\_

**Je n'accepte pas** la recommandation de désigner un médecin destinataire de ces informations.

Je souhaite recevoir mon dossier médical à mes coordonnées personnelles citées précédemment.

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature :

Pièce d'identité jointe :

## PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

### TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Réception de l'imprimé ci-contre le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

La demande est accompagnée d'une pièce d'identité

oui

non  : rappel le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

par : \_\_\_\_\_

Transmission de la demande le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_ au secrétariat du Docteur : \_\_\_\_\_

Observations éventuelles :

### SUITE RESERVEE

Envoi en recommandé et accusé de réception

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

de \_\_\_\_ copies papier et \_\_\_\_ copies de clichés

à l'adresse du demandeur

du médecin mandaté par le demandeur

Consultation ou retrait du dossier sur place par

M/Mme : \_\_\_\_\_

le \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 201\_\_

en présence de M/Mme : \_\_\_\_\_

avec remise de \_\_\_\_ copies papier et \_\_\_\_ copies de clichés.

**Signature de la personne qui a consulté le dossier :**