

IDENTITE DU DEMANDEUR	
Nom d'usage : _____	Nom de naissance : _____
Prénom : _____	
Date de naissance : _____	Lieu de naissance : _____
Adresse : _____ _____	☎ : _____

IDENTITE DE L'HOSPITALISE(E)	REFERENCES DES SEJOURS OU CONSULTATIONS
Nom : _____	Dates
Prénom : _____	Service(s)
Date de naissance : _____	
Lieu de naissance : _____	

OBSERVATIONS DU MEDECIN DESTINATAIRE DE LA DEMANDE
<p>L'hospitalisé(e) mineur(e) ci-dessus désigné a fait état, lors de son séjour, de son désir de garder secrets les traitements et interventions dont il a fait l'objet : Oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Mention particulière concernant le choix éventuel d'une consultation sur place :</p> <p>Il est préférable d'envisager un accompagnement : - par un médecin <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 300px;">- par une tierce personne <input type="checkbox"/></p> <p>La consultation pourra se faire en présence de la seule secrétaire <input type="checkbox"/></p> <p>Date : _____ Docteur : _____ Signature : _____</p>

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR
<p>Je soussigné(e) _____ déclare opter pour :</p> <p><input type="checkbox"/> - LA CONSULTATION SUR PLACE de mon dossier au secrétariat de l'unité de _____ en présence du docteur _____ oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/> d'une tierce personne oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p><input type="checkbox"/> - L'ENVOI par le CENTRE HOSPITALIER d'USSEL de copies des informations :</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> J'accepte la recommandation de désigner un médecin destinataire de ces informations. Il s'agit du Docteur _____ Adresse : _____ ☎ : _____</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> 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.</p> <hr style="border-top: 1px dashed black;"/> <p>Fait à _____, le _____</p> <p>Signature : _____</p> <p>Pièce jointe établissant ma qualité de représentant légal : _____</p>

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

TRAITEMENT DE LA DEMANDE

Réception de l'imprimé ci-contre le ____ / ____ / 201__

La demande est accompagnée d'une pièce prouvant la qualité de représentant légal :

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 :