

PARTIE A COMPLETER PAR LE DEMANDEUR

Je soussigné, Madame/Monsieur

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Adresse : _____

☎ : _____

Ayant droit de Madame/Monsieur

Nom : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : _____

Date de décès : _____

Lieu de décès : _____

Souhaite obtenir des informations médicales concernant la personne citée ci-dessus pour les raisons suivantes :

Si ma demande est déclarée recevable, je déclare opter pour :

- LA CONSULTATION SUR PLACE du dossier au secrétariat de l'unité de _____
en présence du docteur _____ 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 le dossier médical à mes coordonnées personnelles citées précédemment.

Fait à _____, le _____

Signature :

Pièce jointe prouvant ma qualité d'ayant droit :

PARTIE RESERVEE A L'ETABLISSEMENT

TRAITEMENT DE LA DEMANDE	
ZONE RESERVEE A L'ADMINISTRATION	
Réception de l'imprimé ci-contre le ____ / ____ / 201_	
La demande est accompagnée d'une pièce prouvant la qualité d'ayant droit :	
oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/> : rappel le ____ / ____ / 201_
par : _____	
Transmission de la demande le ____ / ____ / 201_ au secrétariat du Docteur : _____	
Observations éventuelles :	
OBSERVATIONS DU MEDECIN DESTINATAIRE DE LA DEMANDE	
Docteur : _____	
Date : ____ / ____ / 201_	Signature :

SUITE RESERVEE	
<input type="checkbox"/> Refus motivé, accompagné d'un certificat médical, envoyé en recommandé avec accusé de réception	
oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Envoi en recommandé et accusé de réception le ____ / ____ / 201_ de ____ copies papier et ____ copies de clichés à l'adresse du requérant <input type="checkbox"/> du médecin mandaté par le requérant <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Consultation ou retrait du dossier sur place par le requérant le ____ / ____ / 201_ en présence de M/Mme : _____ avec remise de ____ copies papier et ____ copies de clichés. Signature du requérant :