



Centre Hospitalier de Gonesse

Traitements Réclamations Clients

Centre Hospitalier de Gonesse

Demande de dossier médical

Document n° : **QPR.TRC.E.003/3**
Date d'application : **07/10/2016**

Je soussigné,

Nom : _____ Prénom : _____

Domicile : _____

Téléphone : _____

Adresse mail : _____

Agissant en qualité de :

Patient lui-même *(joindre une copie de la carte d'identité)*

Détenteur de l'autorité parentale *(joindre une copie d'une pièce d'identité et du livret de famille)*

Pour l'enfant concerné : _____

Ayant droit *(joindre pièce d'identité du demandeur, la preuve de qualité d'ayant droit et motif de la demande)*

Pour le patient concerné : _____

1. Je précise les dates et les services hospitaliers concernés

2. Je demande la communication des informations médicales suivantes :

Compte-rendu d'hospitalisation

Compte rendu opératoire

Compte rendu accouchement / césarienne

Résultats d'examens radiologiques

Résultats d'examens biologiques

Dossier médical

autres éléments du dossier médical, précisez : _____

3. Je choisis la modalité de communication suivante :

Remise en mains propres sur place. (*)

Consultation sur place en présence d'un médecin(*).

Envoi postal à mes frais à l'adresse suivante (*) (**).

() En cas de copies, la facturation aura lieu aux tarifs suivants : 0,18 Euro par page A4 + Frais d'envoi LR/AR (**)*

Accord de paiement

Date : _____

Signature

À nous retourner dument complétée, signée et accompagnée des pièces justificatives au :
Centre hospitalier de Gonesse
Département de la clientèle
2 boulevard du 19 mars 1962
CS 30071 – 95503 Gonesse cedex