

 <p>MATERNITÉ CATHOLIQUE SAINTE FÉLICITÉ</p>	<p><u>ANNEXE</u></p> <p><u>FORMULAIRE DE DEMANDE D'UN DOSSIER MEDICAL</u></p>	<p>DPA.PRC.001 ANNEXE 01 Version n°1 Date de création : 16/06/2010</p>	<p>Date de modification : -</p>
--	--	---	---

Je, soussigné(e), M. / Mme / Mlle (nom, prénom ; pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)

.....

Né(e) le Tél. :

Domicilié(e)

.....

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, mandataire, ou ayant droit de (nom, prénom du patient)

..... Né(e) le

demande à obtenir communication de la copie des documents suivants :

le compte rendu d'hospitalisation du au

les pièces essentielles du dossier médical : date d'hospitalisation

autres documents

etabli(s) par la Maternité

à mon nom au nom de
(mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, le mandataire ou l'ayant droit)

selon les modalités suivantes :

consultation sur place à la Maternité (gratuit)

remise sur place à la Maternité (frais de copie : 16 €, TTC)

envoi postal (frais de copie et d'envoi en recommandé avec accusé/réception : 23 €, TTC)

à M., Mme, Mlle (nom, prénom, adresse)

.....

Motif de la demande (à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un patient décédé)

.....

Le règlement des éventuels frais de copie et d'envoi, ainsi qu'une copie de la pièce d'identité sont à joindre avec ce formulaire. Le cas échéant, une facture vous sera adressée lors de la remise ou de l'envoi des pièces demandées.

Date :

Signature :