

DEMANDE D'INFORMATIONS RELATIVES A UN DOSSIER PATIENT MAJEUR

**IMPRIME à RETOURNER par le DEMANDEUR à la DIRECTION d'ETABLISSEMENT
à l'adresse suivante : Centre hospitalier Francis Robert – Direction générale
160 Rue du Verger – 60229 – 44156 ANCENIS - Cedex**

IDENTITE DU DEMANDEUR (PATIENT) ^①

NOM DE FAMILLE : NOM DE JEUNE FILLE :

PRENOMS :

DATE DE NAISSANCE : /__/_/___/

LIEU DE NAISSANCE :

ADRESSE:

.....
.....
.....

TELEPHONE : /__/_/___/___/___/

Code Postal : /__/_/___/___/

VILLE.....

Cadre réservé à l'Administration

N°IPP :

SERVICES DE SOINS FREQUENTES

DESIGNATION DES SERVICES	PERIODES					
	DU			AU		
	Jour	Mois	Année	Jour	Mois	Année

Présence d'une tierce personne recommandée par le médecin hospitalier : oui non

① - Joindre copie de la carte d'identité, passeport ou permis de conduire.

MODALITES DE COMMUNICATION

Modalités de communication :

Par envoi d'une copie ^② :

à moi-même

à un médecin (dans ce cas préciser ci-dessous ses coordonnées)

Nom et prénoms du médecin désigné

.....

Code Postal : . / _ / _ / _ / _ / _ / VILLE :

Par communication sur place ^③ de préférence le : *(la date retenue vous sera communiquée ultérieurement)*

Mardi de 9 H 00 à 12 H 00)

Mardi de 14 H 00 à 17 H 00)

Jeudi de 9 H 00 à 12 H 00)

Jeudi de 14 H 00 à 17 H 00)

Serez-vous accompagné d'un tiers :

OUI NON

Médecin présent : coordonnées, nom et prénom

.....

DESIGNATION DES PIECES DU DOSSIER PATIENT SOUHAITEES

Comptes rendus de consultation

Comptes rendus d'hospitalisation

Comptes rendus opératoires

Dossier d'anesthésie

Courriers échangés entre professionnels de santé

Informations relatives aux soins infirmiers

Copies des radiographies

Copies des comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...)

Autres pièces :

.....

.....

.....

.....

Fait à : le : Signature :

② - Si l'envoi est supérieur à 20 copies, la photocopie est facturée 0,15 €

③ - Aucune copie ne sera effectuée sur place, mais sera expédiée par courrier

DECISION DE COMMUNICATION DU DOSSIER PATIENT
(CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION)

ACCEPTATION

Date de transmission des informations demandées :

- au demandeur : /__/__/____/
- au médecin désigné /__/__/____/

Date de consultation du dossier patient sur place : /__/__/____/ Lettre du :

Précisions sur le ou les pièces communiquées et les séjours concernés :

Comptes rendus de consultation

Comptes rendus d'hospitalisation

Comptes rendus opératoires

Dossier d'anesthésie

Courriers échangés entre professionnels de santé

Informations relatives aux soins infirmiers

Copies des radiographies

Comptes rendus d'examens complémentaires (biologie, radiologie...)

Autres pièces

REFUS

Date : /__/__/____/

Motif:

.....
.....

Hospitalisation à la demande d'un tiers ou d'office et nécessité de la présence d'un médecin

Date :

Signature :

FRAIS DE FACTURATION DE LA COMMUNICATION DE PIÈCES DU DOSSIER PATIENT

Relevé du nombre de copies

	Nombre de pages	
<input type="checkbox"/> Compte rendu de consultation	_____	
<input type="checkbox"/> Compte rendu d'hospitalisation	_____	
<input type="checkbox"/> Compte rendu opératoire	_____	
<input type="checkbox"/> Dossier d'anesthésie	_____	
<input type="checkbox"/> Courriers échangés entre professionnels de santé	_____	
<input type="checkbox"/> Informations relatives aux soins infirmiers	_____	
Total des pages	_____	
Prix de la reproduction	_____	X 0,15 €

Total A

€

Clichés radiographiques

<input type="checkbox"/> Clichés radiographiques de format 24X30 cm	_____	
<input type="checkbox"/> Clichés radiographiques de format 36X43 cm	_____	
Total des clichés radiographiques (24x30)	_____	X 1,68 € =
Total des clichés radiographiques (36x43)	_____	X 3,51 € =

Total B

€

Nom :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de communication :

Total A, B

€



PRET DE CLICHES RADIOGRAPHIQUES ET/OU ECHOGRAPHIQUES

Je soussigné(e),

Nom : Prénom :

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Agissant pour le compte de :

Nom : Prénom :

Date de naissance : _ _ / _ _ / _ _ _ _

Lien de parenté ou de responsabilité légale :

souhaite disposer des clichés de radiographies et/ou échographies

et m'engage à les restituer au Centre hospitalier d'Ancenis dans un délai d'un mois à compter de la date de prêt.

Date :

Signature :

Centre hospitalier d'Ancenis - Secrétariat de direction
160 rue du Verger – BP 60229 – 44156 ANCENIS Cedex
☎ - 02.40.09.44.01 – 🖨 - 02.40.09.44.15