

DEMANDEUR**Je soussigné(e) :**

Nom de naissance :

Nom d'usage:

Prénom :

Né(e) le :

Adresse :

Téléphone :

CP : Ville :

E-mail :

Nom / Prénom de l'enfant

.....

Date de naissance de l'enfant

.....

RESEIGNEMENTS POUR LA RECHERCHE DU DOSSIER

Date d'hospitalisation : Du Au

Nom du Médecin :

Service d'hospitalisation :

N° de dossier :

MODALITES

- ☐ **Option n° 1** : par simple consultation sur place avec possibilité d'un accompagnement médical
- ☐ **Option n° 2** : par remise de copies de documents à retirer auprès de l'établissement, **uniquement sur rendez-vous.**
- ☐ **Option n° 3** : par envoi de copies de documents (uniquement par courrier), **Après réception du règlement des frais,**
pas d'envoi par mail :

Adresse pour l'envoi du dossier:

.....

Nous vous rappelons le caractère strictement personnel et confidentiel des informations médicales contenues dans le dossier médical.

Le formulaire est à retourner avec les pièces justificatives soit :Par e-mail : sro.usagers@elsan.carePar courrier à l'adresse : Polyclinique Médipôle Saint Roch
Avenue Ambroise Croizat – Service Qualité
66330 Cabestany**Contact : 04 68 66 11 08****Délais de communication du dossier**

- Dossier de moins de 5 ans : 8 Jours
- Dossier de plus de 5 ans : 2 mois

Pièces justificatives à fournir :

- Copie de la pièce d'identité du demandeur
- Copie de la pièce d'identité de l'enfant
- Copie du livret de famille

Je déclare avoir été informé(e) que les frais de délivrance de copies sont à la charge du demandeur par application du décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 et référence à la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (0.20 € / Page) + frais postaux : 5.18€

Date :/...../.....

Signature :