

DEMANDEUR

Je soussigné(e) :

⌘ Nom d'usage : ⌘ Nom de naissance :
 ⌘ Prénom : ⌘ Né(e) le :
 ⌘ Adresse : ⌘ Téléphone :
 ⌘ CP : Ville : ⌘ E-mail :

RENSEIGNEMENTS POUR LA RECHERCHE DU DOSSIER

⌘ Date d'hospitalisation : Du Au ⌘ Nom du Médecin :
 ⌘ Service d'hospitalisation : ⌘ N° de dossier :

UNIQUEMENT CERTAINES PIÈCES DU DOSSIER ☐

DOSSIER COMPLET ☐

Pièces demandées :

MODALITÉS

- ☐ **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.care
 ⌘ Par courrier à l'adresse : Polyclinique Médipôle Saint Roch
 Avenue Ambroise Croizat – Service Qualité
 Contact : 04 68 66 11 08 66330 Cabestany

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

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).

Date : / /

Signature :