

A COMPLETER :

❖ **Identité du mineur :**

NOM et Prénom :

Date et Lieu de naissance :

Adresse :

.....
N°téléphone :

Le ou les services dans le(s)quel(s) le patient a été hospitalisé et la date des soins :

.....
Nom du médecin :

❖ **Identité du ou des titulaire(s) de l'autorité parentale :**

Votre/Vos NOM(s) et Prénom(s) :

Votre NOM de jeune fille le cas échéant :

Votre/Vos Date(s) et Lieu(x) de naissance :

Votre/Vos Adresse(s) :

.....
Votre/Vos N°téléphone :

Votre/Vos Lien(s) de parenté avec le patient mineur :

A FOURNIR :

- ✓ La photocopie recto / verso de la carte d'identité du mineur,
- ✓ La photocopie recto / verso de votre/vos carte(s) d'identité,
- ✓ La photocopie du livret de famille.

PRECISIONS sur la DEMANDE de DOSSIER MEDICAL :

❖ **Précisez les pièces du dossier que vous souhaitez obtenir :**

- Comptes Rendus,
 Radiographie,
 Intégralité du dossier.

→
TSVP

Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretype de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.

**PERSONNE DEMANDANT LE DOSSIER MEDICAL
D'UN PATIENT MINEUR**

⇨ Précisez les modalités de transmission :

Consulter sur place ces documents dans le cadre d'une consultation médicale et éventuellement remise de copies.

Recevoir une copie du dossier médical :

A votre domicile par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception
(Attention : un envoi recommandé peut ne pas être remis en mains propres).

Au Cabinet du médecin traitant de votre choix :

- Docteur : Téléphone :
- Adresse :

Récupérer la copie du dossier médical dans le service :

- Par vous-même
- Par une personne mandatée par vos soins :
NOM : Prénom :

Dans ce cas exceptionnel, la personne désignée devra disposer d'une procuration justifiée et signée par vous et devra présenter une pièce d'identité.

**Nous attirons votre attention sur
le caractère personnel et confidentiel des informations
qui seront communiquées.**

Date :

Signature :

Merci de retourner cet imprimé à l'adresse suivante :

L'Hôpital du Gier

A l'attention de M. le Directeur

19 rue Victor Hugo – 42400 SAINT CHAMOND

Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretype de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.