



Demande à compléter et à retourner par voie postale à : Madame le Directeur Délégué - Centre Hospitalier Bernard Desplas - 3 rue Joliot Curie - BP 27 - 23400 Bourgneuf ou par mail à : secretariat.direction@ch-bourgneuf.fr

DEMANDEUR (joindre une copie de votre pièce d'identité)

Nom : Prénom :

☎ :

DEMANDE FAITE EN QUALITE DE :(joindre une copie des documents attestant de votre qualité : livret de famille, jugement, acte notarial ...)

- | | |
|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale | <input type="checkbox"/> Tuteur |
| <input type="checkbox"/> Délégué de l'autorité parentale | <input type="checkbox"/> Mandataire |
| <input type="checkbox"/> Ayant droit | |

Motivations (uniquement ayant droit) :

- Connaître les causes de la mort
- Défendre la mémoire du défunt
- Faire valoir vos droits

PATIENT

Nom : Prénom :

Date de naissance :

DOCUMENTS DEMANDES

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS FACILITANT LA RECHERCHE DU DOSSIER (Dates de l'hospitalisation, service...)

.....

.....

MODALITES DE COMMUNICATION

- | | | | |
|--|-------------------------------|-------------------------------|------------------------|
| <input type="checkbox"/> Consultation gratuite sur place | <input type="checkbox"/> Avec | <input type="checkbox"/> Sans | accompagnement médical |
| | <input type="checkbox"/> Avec | <input type="checkbox"/> Sans | présence d'un tiers |
| <input type="checkbox"/> Envoi à mon domicile | | | |

Adresse :



Centre hospitalier
Bernard Desplas
23400 Bourgneuf

DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOCUMENTS MEDICAUX

1100.03.001

Version : 3

P 2 / 1

Doc réf : 1100.02.001

Envoi au médecin de mon choix

Adresse :

Viendra récupérer le dossier sur place

Date :

Signature :

: Les frais de copie et d'envoi donnent lieu à facturation : 0,18 € la page + frais postaux réels (pli recommandé)