

**FORMULAIRE A REMPLIR POUR TOUTE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS  
RELATIVES A LA SANTE**

**Transmission demandée par le représentant légal**

**Demandeur :**

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Qualité : .....  
N° de téléphone : .....

**Patient :**

Nom : .....  
Nom de jeune fille : .....  
Prénom : .....  
Date de Naissance : .....

*(Veuillez fournir une photocopie de votre livret de famille pour les  
titulaires de l'autorité parentale)*

Date du/des séjours hospitaliers concernés	Nom du médecin	Service médical

Liste des documents que nous vous proposons (si ces pièces existent dans votre dossier)	TARIFS	Cocher la ou les case(s) correspondante(s)		Zone réservée (ce qui vous a été communiqué)
Compte-rendu opératoire	2.60 €	<input type="checkbox"/>	} Dossier (peut être retiré sur place)	<input type="checkbox"/>
Compte-rendu d'hospitalisation ou externe	2.60 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Compte-rendu radio	2.60 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Résultats biologiques	6.10 €	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dossier de soins infirmiers	9.20 €	<input type="checkbox"/>		
Frais d'envoi (recommandé sans avis de réception)	5.20 €	<input type="checkbox"/>	+ frais d'envoi si dossier envoyé	
TOTAL		<input type="checkbox"/>	Chèque du montant à payer à l'ordre du Trésor Public	
Caution pour prêt de radios (remise uniquement sur place)	50 €	<input type="checkbox"/>	Chèque de caution à l'ordre du Trésor Public	<b>Le chèque de caution sera encaissé au bout de 3 mois si les radios ne sont pas retournées au CH</b>

Date

Signature