cholet
centre hospitalier

Les informations contenues dans votre dossier sont strictement personnelles. Il vous appartient de prendre toute précaution afin d'en assurer le respect, notamment vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

Monsieur le Directeur
CENTRE HOSPITALIER de CHOLET
Service de radiologie
1 rue Marengo
49325 CHOLET Cedex

FORMULAIRE D'ACCES AUX CLICHES D'IMAGERIE MEDICALE

Date de la demande : .....

En application des articles L.1111.7 et L 1112.1 du Code de la santé publique,
Je soussigné(e), Madame, Mademoiselle, Monsieur[1]

Nom.....
Prénoms .....
Nom de jeune fille .....
Date de naissance /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
Adresse .....
Code Postal .....Ville .....
Téléphone : /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/ /__/__/

Agissant en qualité de :

☐ Patient
☐ Représentant légal de[2] :
Nom.....
Prénom .....
Date de naissance /__/__/ /__/__/ /__/__/__/__/
Adresse .....
Code Postal .....Ville .....

Demande la reproduction de ma radiographie sur CD

correspondant à :

☐ une consultation externe d'imagerie médicale :
Praticien : ..... Date : .....

☐ un passage au service des Urgences :
Date :.....

Pièces à présenter lors de la remise du document : **(aucun envoi ne se fera par courrier)**

Pour un patient : présentation d'une pièce d'identité

Pour un représentant légal : présentation d'une pièce d'identité du demandeur et présentation du livret de famille ou de l'extrait de naissance, ou présentation de la décision de justice dans le cas d'un majeur protégé

Pour une personne venant retirer le document autre que le patient : présentation de la procuration et de la pièce d'identité du patient et d'une pièce d'identité de la personne qui vient chercher le CD.

☐ Présentation de l'ensemble des pièces justificatives permettant la remise du CD *(à cocher par la secrétaire qui remet le CD)*
Date de la remise : .....Nombre de CD : .....

[1] *Rayer la mention inutile*
[2] *Mineur, majeur sous tutelle*