



Septembre 2025

DEMANDE DE COMMUNICATION DES
INFORMATIONS RELATIVES A LA SANTE
A LA DEMANDE DU PATIENT

R/CLT/001/3

Page : 1 / 1

Imprimé à retourner dûment complété et signé à : Service Relation avec les Usagers –
Centre Hospitalier de Lavaur – 1 Place Vialas – 81500 LAVAUUR
Ou par mail secretariat.dir@ch-lavaur.fr

IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie
de votre pièce d'identité ou de votre passeport

IDENTITE DU PATIENT

Nom : ..... Prénom .....

Nom de jeune fille : .....

Date de naissance : ...../...../.....

Adresse : .....

.....

.....

N° de téléphone : ...../...../...../...../..... Adresse mail : .....

COPIE DES INFORMATIONS MEDICALES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de préciser : les périodes
d'hospitalisation et les services de soins concernés par votre demande ; les documents
souhaités. Frais de copie de 0,18 cts par feuille A4, hors première demande de
communication du dossier médical.

.....
.....
.....

MODALITES DE COMMUNICATION :

En l'absence du choix de la modalité de communication du dossier, la consultation
sur place sera le moyen de communication retenu.

◆ Consultation sur place :

- Avec accompagnement médical (médecin correspondant hospitalier)

- Sans accompagnement médical

ET/OU

- En présence d'une tierce personne de mon choix

- Sans la présence d'une tierce personne

◆ Envoi à mon domicile  A une autre adresse

Coût du recommandé avec accusé de réception à votre charge

Adresse : .....

.....

◆ Envoi au médecin de mon choix

Nom et adresse : .....

.....

◆ Retrait sur place  Tout dossier non récupéré dans un délai d'un mois sera adressé par voie
postale au demandeur avec facturation du supplément d'envoi en recommandé.

Date :

Signature :