

**Formulaire de demande patient**

**Opposition au partage d’examen(s) d’imagerie via le service communauté de partage régionale**

**Identité du demandeur**

Je soussigné(e)  Madame  Monsieur

Nom et prénom ……………………………...........................................................

Date de naissance …….../…….…/………… A …………………………………… Nationalité …………………………………..

Adresse …………………………………………………………………………………………………………......................

Complément d’adresse …………………………………………………………………………………………………………......................

Code postal …………………………………........ Ville ……………………………………………………………………….....

Tel Domicile / Mobile ……………………………/……………………..... Email ……………………………... @ ……………………...

Agissant en tant que :

Patient(e)

Représentant légal de :

Nom-prénom ……………………………................................ Né(e) le …../……/…………

**Demande la restriction d’accès à mes examens d’imagerie**

Opposition totale ou partielle de partage formulé par le patient à l’établissement …………………….………………

Je refuse le partage de l’ensemble de mes examens

*Nom de l’examen* *Date*

Je refuse le partage des examens suivants : ……………………………....................... …../……/…………

……………………………....................... …../……/…………

**Autres demandes (précisez) :**

………………………………………………………………………………………………………….............................................................

………………………………………………………………………………………………………….............................................................

Pièce(s) à fournir : Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre au présent formulaire une photocopie recto-verso de votre pièce d’identité ou passeport (en cours de validité).

Pour toute demande formulée par un représentant légal, joindre en plus une copie du livret de famille ou le cas échéant une copie de l’ordonnance rendue par le juge des tutelles.

*Date de la demande Signature manuscrite du demandeur*

…../……/…………

Ce formulaire dûment complété et signé, accompagné des pièces justificatives doit être adressé à l’établissement où vous avez réalisé vos examens (direction des Usagers / de la Patientèle).