

Demande d'accès au dossier médical

Veillez retourner ce formulaire dûment complété, daté, signé, et accompagné des pièces nécessaires (voir ci après) à la direction de l'établissement.

Identification et coordonnées du demandeur

Nom : Prénom :

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

Adresse :

Téléphone :

Adresse mail :@.....

Si vous êtes représentant légal du patient patient mineur sous tutelle

Identité du patient :

Nom : Prénom :

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

Nature de votre demande

Précisez la date du / des séjour(s) :

Pièces particulières du dossier : Compte-rendu d'hospitalisation

Compte-rendu opératoire Compte-rendu d'anesthésie

Autres pièces (précisez) :

Intégralité du dossier.

Modalités de communication

Délai : Les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours après réception d'une demande conforme - Ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum

Vous souhaitez: Un envoi postal en recommandé avec accusé de réception

Un envoi postal en recommandé avec AR à un médecin:

Dr Adresse :

Une remise des copies en main propre (Un rendez-vous vous sera proposé)

Une consultation sur place (Un rendez-vous vous sera proposé)

Tarif : Vous devez régler les frais occasionnés : les copies sont facturées à 0,30 € l'unité, auxquels se rajoutent les frais d'envoi ; une estimation du total des frais vous sera communiquée par courrier ou mail

LES PIÈCES A FOURNIR

Si vous êtes le Patient

Copie recto-verso de la pièce d'identité

Si vous êtes le représentant d'un mineur

Copie recto-verso de la pièce d'identité du parent demandeur

Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient mineur

Copie du livret de famille (partie parents et enfant)

Si vous êtes le représentant légal d'un majeur sous tutelle

Copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur

Copie recto-verso de la pièce d'identité du patient

Copie du jugement de tutelle

A (lieu) Le (date)/...../..... Signature du demandeur :