

DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MEDICAL

Identité du demandeur (LE PATIENT) :	
Je, soussigné(e) M / Mme (nom, prénom, pour les femmes mariées précisez le nom de naissance)	
.....	
Né(e) le :	
Domicilié(e) à :	
Téléphone :	
Le cas échéant, identité du TIERS si différent du patient lui-même : (Mandataire, Représentant légal, Tuteur ou Ayant droit)	
Je, soussigné(e) M / Mme (nom, prénom, pour les femmes mariées précisez le nom de naissance)	
.....	
Né(e) le :	
Domicilié(e) à :	
Téléphone :	
Adresse Email :	
Demande la communication des éléments suivants :	
☐ Copie intégrale du dossier médical <i>Préciser :</i> ☐ Avec Clichés radiographiques ☐ Sans Clichés radiographiques	
☐ Copie partielle du dossier médical ☐ Compte-rendu d'hospitalisation ☐ Résultats d'examens, précisez lesquels : ☐ Dossier radiologique ☐ Dossier infirmier ☐ Autres pièces :	
Dates d'hospitalisation ou consultation :	Service ou spécialité concernée :
Transmission selon la modalité suivante :	
☐ Consultation du dossier sur place <i>En présence d'un médecin pour vous accompagner à la lecture des documents</i>	
☐ Remise de la copie du dossier en mains propres contre signature d'un accusé-réception <i>Avec possibilité d'être accompagné(e) à la lecture des documents</i> ☐ Oui ☐ Non	

☐ Envoi postal au domicile du demandeur <i>Envoi postal par courrier recommandé avec accusé de réception.</i>
☐ Envoi postal à un médecin de votre choix : (nom, prénom, adresse) : <i>Envoi postal par courrier recommandé avec accusé de réception.</i>
Motif de la demande : <i>ne remplir qu'en cas de demande concernant un patient décédé</i>
☐ Connaître les causes du décès ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir vos propres droits

Pièces à joindre à la demande :

Toute demande incomplète ne pourra être satisfaite. Un contrôle de l'identité du demandeur sera réalisé par la Direction préalablement.

Qualité du demandeur :	Pièces à joindre :
☐ Le patient lui-même	- La copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité ou passeport)
☐ Un tiers agissant en qualité de :	
☐ Personne mandatée par le patient lui-même	- La copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande - La copie d'une pièce d'identité du demandeur - Tout document permettant de justifier du mandat
☐ Titulaire de l'autorité parentale / Représentant légal du mineur :	- La copie d'une pièce d'identité du demandeur - Tout document justifiant de la qualité de titulaire de l'autorité parentale/représentant légal
☐ Tuteur	- La copie d'une pièce d'identité du patient concerné par la demande - La copie d'une pièce d'identité du demandeur - La copie du jugement de tutelle
☐ Ayant-droit, concubin ou partenaire lié par un PACS, enfants	- La copie d'une pièce d'identité du demandeur - Toute pièce de nature à justifier de la qualité d'ayant-droit (livret de famille, acte de notoriété, ...), de concubin ou de partenaire lié par un PACS - La copie de l'acte de décès du patient

Document à envoyer, accompagné des pièces justificatives, à l'adresse indiquée en bas de page.

Date et Signature du demandeur :