

## FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS DE SANTE

☐ Je souhaite mon dossier personnel **OU** ☐ Je souhaite le dossier de :

### DEMANDEUR : à remplir obligatoirement

NOM : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....

Adresse : .....  
CP : ..... Ville : .....

Tél : .....  
Adresse mail : .....

### PATIENT : (si autre que le demandeur)

NOM : .....  
Nom de naissance : .....  
Prénom : .....  
Né(e) le : .....

Dont je suis : ☐ Le père /la mère  
☐ Le représentant légal

### Précisions concernant la demande

☐ Demande accès à mon dossier médical

**OU**

☐ Mandate pour accéder à mon dossier médical :

Le Docteur : ..... Adresse : .....  
Tél : .....

#### Relative à une (des) consultation(s) ou hospitalisation(s):

- En date du .....
- Dans le(s) service(s) de soins suivant(s) : .....
- Nom du/des médecin(s) hospitalier(s) : .....

#### SOUHAITE :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Les comptes rendus d'hospitalisation, opératoire | <input type="checkbox"/> Les examens d'imagerie (radiographie, IRM, scanner) |
| <input type="checkbox"/> Les résultats biologie (prélèvement, ..)         | <input type="checkbox"/> Les prescriptions établies                          |
| <input type="checkbox"/> Les comptes rendus de consultation               | <input type="checkbox"/> Le suivi en consultation                            |
| <input type="checkbox"/> Autres pièces (précisez lesquelles) : .....      |  |

Tournez S. V. P.



## Précisions concernant la demande

- ☐ **Retrait du dossier sur rendez-vous fixé lorsque les copies seront effectuées**
- ☐ **Envoi postal des copies**
  - ☐ A votre domicile
  - ☐ Au médecin que vous avez mandaté
- Gratuité des frais de reproduction lors d'une 1<sup>ère</sup> demande
- Frais d'envoi en recommandé avec accusé réception à la charge du demandeur
- ☐ **Consultation sur place, en présence d'un médecin hospitalier** (rdv fixé par le secrétariat des usagers)

### JUSTIFICATIFS OBLIGATOIRES :

#### Photocopie d'une des pièces d'identité :

- ☐ Carte d'identité du demandeur, ou passeport, ou carte de séjour

#### ET si votre demande concerne un :

➤ **Patient mineur** (*seuls les détenteurs de l'autorité parentale ou tuteurs peuvent en faire la demande*) :

- ☐ Copie du livret de famille

➤ **Patient sous tutelle :**

- ☐ Ordonnance rendue par le juge des tutelles

Je, soussigné (e) M, Mme .....

- Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus
- Prend en charge le frais de reproduction et, le cas échéant, l'envoi postal en recommandé.

Fait à ..... le ...../...../.....

Signature