

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 :

Les comptes rendus d'hospitalisation, opératoire

Les examens d'imagerie (radiographie, IRM, scanner)

Les résultats biologie (prélèvement, ..)

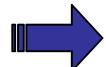
Les prescriptions établies

Les comptes rendus de consultation

Le suivi en consultation

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^{ère} 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