



Demande d'accès au dossier médical

Je soussigné(e) Mme/Mlle /M. :

Nom : Prénom :

Né(e) le : ___ / ___ / ___

Adresse : _____

Code Postal : _____ Ville : _____

Téléphone: _____

Demande la communication des copies des informations médicales :

de mon dossier médical

du dossier médical concernant Mme /Mlle /M.

(Nom) : _____ (Prénom) : _____ né(e) le : ___ / ___ / ___

- En qualité :**
- ✓ d'autorité parentale pour un enfant mineur
 - ✓ d'ayant droit (à préciser :.....)
 - ✓ de tuteur

Motif de la demande : _____

Concernant le(s) séjour(s) suivant(s) :

Date(s): _____ Service(s) : _____

Pour être recevable votre demande doit être accompagnée des pièces justificatives suivantes :

Dans tous les cas :

- ✓ Photocopie de votre carte nationale d'identité

Dans le cas d'un dossier d'un parent décédé :

- ✓ Photocopie de votre carte nationale d'identité ou passeport
- ✓ Photocopie du livret de famille
- ✓ Photocopie du pacte civil de solidarité
- ✓ Attestation d'hérédité

Dans le cas d'un dossier d'enfant mineur :

- ✓ Photocopie de votre carte nationale d'identité ou passeport
- ✓ Photocopie du livret de famille
- ✓ Attestation d'autorité parentale

Modalités d'accès au dossier :

Par envoi postal à mon adresse (au recto) des copies :

ou

Par envoi postal au médecin désigné ci-dessous des copies :

Nom et Prénom :

Adresse :

(Je joins à cette demande une autorisation pour ce médecin afin qu'il prenne connaissance des éléments de mon dossier médical).

ou

Par consultation sur place accompagné d'un médecin du service (cette consultation est gratuite. Si vous demandez des photocopies lors de cette consultation, celles-ci vous seront facturées)

Facturation :

Conformément à la réglementation, le patient est en droit d'obtenir une première copie de son **dossier médical** sans que cela entraîne des **frais**.

L'envoi au domicile avec AR est facturé au coût réel.

Les copies supplémentaires sont facturées (0,18 € par impression A4, noir et blanc ; 2,75 € CD-ROM)

Date :

Signature :

Veillez adresser votre demande à :

**Monsieur le directeur du Centre Hospitalier
1 Rue Terrail Lemoine
B.P. 57
52 400 Bourbonne les Bains**