

## **Formulaire de demande d'accès au dossier médical**

Madame, Monsieur,

Pour faciliter le traitement de votre demande et l'honorer plus facilement nous vous prions de bien vouloir **compléter entièrement les rubriques ci-dessous et de joindre obligatoirement les justificatifs demandés dans le courrier accusant réception.**

### IDENTITE DU DEMANDEUR<sup>1</sup>

NOM.....  
 Prénom.....  
 Date de naissance.....  
 Adresse.....  
 .....

### Si le demandeur n'est pas le patient<sup>2</sup>

#### **Identité du patient concerné**

NOM, prénom du patient .....  
 Né(e) le ..... Décédé(e) le , le cas échéant .....

#### **Qualité du demandeur**

- titulaire de l'autorité parentale<sup>3</sup>     médecin désigné par le patient  
 en charge de l'exercice de la mesure de protection juridique  
 autre. *Précisez :*  
Si le patient est décédé  
 concubin    partenaire lié par un pacte civil de solidarité    ayant droit

#### **Motif de la demande<sup>4</sup> :**

.....  
 .....  
 .....  
 .....

<sup>1</sup> Joindre obligatoirement la copie recto verso de la pièce d'identité du demandeur

<sup>2</sup> Joindre obligatoirement les justificatifs complémentaires indiqués dans notre courrier accusant réception.

<sup>3</sup> En cas de séparation ou de divorce des titulaires de l'autorité parentale, l'autre parent sera informé de l'envoi d'une copie du dossier au demandeur

<sup>4</sup> Pour les personnes décédées et sauf opposition de la personne avant son décès : l'accès est restreint à des conditions prévues par la loi (connaître la cause du décès, défendre la mémoire du défunt, faire valoir ses propres droits). Seules seront délivrées les informations de santé, répondant aux motifs invoqués.

**Vous souhaitez :**

- l'ensemble du dossier médical
- la partie du dossier correspondant à l'hospitalisation (*Précisez la date*) :  
...../...../.....
- les ..... éléments ..... suivants ..... :

**Vous souhaitez :**

- qu'une copie du dossier soit envoyée par la poste à votre domicile
- qu'une copie du dossier soit envoyée par la poste au docteur :  
NOM Prénom .....  
Adresse .....
- obtenir un rendez-vous pour consulter le dossier. Un médecin sera disponible dans l'établissement pour répondre à vos éventuelles interrogations. Le secrétariat de direction prendra contact avec vous pour convenir d'un rendez-vous.

Fait le ..... à .....

Signature

