



FORMULAIRE

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 ou passeport

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

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

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, les frais et délivrance des copies ainsi que les frais d'envoi seront à votre charge.

Pour des documents adressés par voie postale ou retirés sur place ; la facture vous sera transmise. Pour information le tarif est communiqué ci-dessous

Prix d'une copie d'une page de format A4 document papier 0,18 €

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**