

**ENREGISTREMENT**Référence : DIR-EN-01  
Version : 1**FORMULAIRE**  
**Demande d'accès au dossier médical**Date de mise en application :  
Septembre 2012

Page 1/2

Unités concernées : Direction

Documents associés : DIR-PR-01

Classement : Processus management / gestion des données du patient

Je soussigné Mme / Melle / Mr .....

Né(e) le : □□ / □□ / □□□□

Adresse :  
.....

Code Postal : □□□□□

Ville : .....

Téléphone : □□ ▪ □□ ▪ □□ ▪ □□ ▪ □□

**Demande la communication** de mon dossier personnel du dossier concernant Mme / Melle / Mr (nom) : .....

né(e) le : .....

En qualité : ♦ d'autorité parentale ♦ d'ayant droit (à préciser ; héritier ...)  
..... ♦ de tuteur Motif de la demande :  
.....  
.....  
.....

Concernant le(s) séjour(s) suivant(s) préciser les dates d'hospitalisation et/ou de consultations concernées par la demande

☞ du.....au.....service.....

☞ du.....au.....service.....

☞ du.....au.....service.....

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

- Photocopie de votre carte d'identité (dans tous les cas)
- Photocopie du livret de famille ou de toute autre pièce justifiant de votre qualité de demandeur notamment si vous intervenez en qualité d'autorité parentale, d'ayant-droit ou de tuteur

Les parents de mineurs : joindre la photocopie de la carte d'identité. En cas de séparation, fournir l'attestation d'autorité parentale

**ENREGISTREMENT**Référence : DIR-EN-01  
Version : 1**FORMULAIRE**  
**Demande d'accès au dossier médical**Date de mise en application :  
Septembre 2012

Page 2/2

Unités concernées : Direction

Documents associés : DIR-PR-01

Classement : Processus management / gestion des données du patient

**Modalités d'accès au dossier**

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

**Ou**

- par envoi postal** à mon adresse (au recto)

**Ou**

- par envoi postal au Docteur :**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

que j'autorise à prendre connaissance de mon dossier.

**Facturation**

Conformément à la réglementation, les frais de délivrance des copies ainsi que les frais d'envoi seront à votre charge.

- pour les documents retirés sur place : le paiement devra être fait par chèque bancaire ou postal à l'ordre du Trésor Public, dès remise des photocopies
- pour les documents adressés par voie postale : le montant du règlement vous sera communiqué par courrier joint au dossier médical

Pour information, les tarifs sont communiqués ci-dessous.

Prix des copies de clichés radio (format 36 x 43)	à	5.00 €
Photocopie – noir et blanc – format A4	à	0.20 €
Photocopie – noir et blanc – format A3	à	0.40 €

Date :

Signature :

Veuillez adresser votre demande à :

Mr. Le Directeur de site du Centre Hospitalier  
21 avenue du Maréchal Joffre  
32100 CONDOM