


| | | |
|---|--|---|
|  | <p>FORMULAIRE</p> <p>Demande de documents médicaux par le patient lui-même ou par un représentant légal (parent, tuteur, mandataire)</p> | <p><u>Cadre réservé à l'administration :</u> reçu le :</p> |
|---|--|---|

**Direction des Usagers, de la Qualité,
et de la Gestion des Risques**

Service Usagers-Archives

☎ 05.56.56.34.88

Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr

Je soussigné(e) M. / Mme (**nom, prénom, pour les femmes mariées préciser le nom de naissance**) :

Né(e) le _____ A : _____

Adresse : _____

Tél. : _____ Email : _____

Qualité* :

- Patient
 Représentant légal (père, mère, tuteur, mandataire)**

Demande l'accès mon dossier médical ou à celui de (**préciser le nom et le prénom s'il est différent**) :

Né(e) le _____ A : _____

Dans le cadre de ma demande, je souhaite* :

- Retirer la copie de mon dossier médical
 Obtenir par voie postale la copie de mon dossier médical (recommandé accusé de réception)

Attention: Conformément à l'article L. 1111-7 du code de la Santé Publique, la consultation sur place des informations est gratuite. La reproduction et l'envoi des documents seront facturés au demandeur.

En cas de consultation sur place :

Je prends rendez-vous auprès du secrétariat du service usagers au 05 56 56 34 88. Une pièce d'identité devra être présentée lors de ce rendez-vous.

En cas de demande de copie de pièces :

Je souhaite obtenir * :

- L'intégralité de mon dossier médical
 Un compte-rendu d'hospitalisation (CRH)
 Autre (préciser) : _____

Les documents doivent être adressés à l'adresse suivante : _____

* **Cochez la case correspondante**

** **Seule une personne autorisée légalement peut accéder au dossier médical d'une autre personne. Il s'agit exclusivement des parents d'un patient mineur, du tuteur ou d'une personne expressément mandatée par le patient.**

PIÈCES ET JUSTIFICATIFS À FOURNIR

- Copie recto-verso de la carte d'identité
- Justificatif d'adresse, si l'adresse postale est différente de celle figurant sur votre pièce d'identité
- En plus, dans l'hypothèse où vous formulez une demande en tant que représentant légal ou pour le compte du patient, vous devrez nous communiquer les justificatifs suivants :

| Demandeur | Justificatifs supplémentaires |
|--------------------------------------|--|
| Le titulaire de l'autorité parentale | - Le livret de famille (parents + enfants) ou acte de naissance - carte d'identité recto-verso du titulaire de l'autorité parentale demandeur |
| Le tuteur | L'ordonnance du juge des tutelles (ou extrait), comportant la mention d'une charge portant sur la personne - carte d'identité recto-verso du tuteur |
| L'habilité familial | L'ordonnance du juge des tutelles (ou extrait), comportant la mention d'une représentation générale ou portant sur la personne - carte d'identité recto-verso de l'habilité |
| Le mandataire de protection future | Preuve d'un mandat activité avec mention d'un rôle de représentant portant sur la personne - carte d'identité recto-verso du mandataire |
| Le tiers désigné par le patient | - Mandat exprès - carte d'identité recto-verso du tiers désigné |

Je reconnais, Nom _____ Prénom _____

accepter le principe du règlement pour la duplication des pièces et les éventuels frais d'envois postaux en recommandé.

Date et Signature

La demande doit être adressée par courrier ou par mail à l'adresse suivante :

Monsieur Le Directeur
Centre Hospitalier Charles Perrens
Service Usagers-Archives
121 rue de la Béchade
cs 81285
33076 BORDEAUX CEDEX
Mail : dossier.medical@ch-perrens.fr