

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

.....

.....

Numéro de téléphone (fixe ou portable) :

Qualité (préciser en cochant la case correspondante) :

- ☐ Patient : préciser la date de naissance
- ☐ Titulaire de l'autorité parentale pour un mineur *
- ☐ Tuteur pour un majeur placé sous tutelle *
- ☐ Ayants droit du patient défunt *
- ☐ Médecin désigné comme intermédiaire *

* Identification du patient si différente du demandeur :

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Pièces justificatives à fournir obligatoirement :

- **Dans tous les cas** : copie d'une pièce d'identité en cours de validité recto/verso.
- **Pour les titulaires de l'autorité parentale** : copie du livret de famille, en cas de séparation ou de divorce copie de la décision rendue par le tribunal.
- **Pour les tuteurs** : copie de la décision rendue par le Tribunal.
- **Pour les ayants droit** : copie du livret de famille, acte notarié ou contrat d'assurance mentionnant le bénéficiaire, PACS, acte de décès.

MOTIVATION DE LA DEMANDE (mention obligatoire pour les ayants droit) :

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

NATURE DE LA DEMANDE :

Période(s) d'hospitalisation(s) concernée(s) (à préciser) :

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

Informations désirées :

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

MODALITES DE COMMUNICATION

(Cocher la case correspondante)

- ☐ Consultation sur place
- ☐ Envoi postal au domicile
- ☐ Envoi postal au cabinet d'un médecin nommément désigné

Date :

Signature du demandeur :

Il est important de rappeler que les copies des documents établis sur votre demande contiennent des informations couvertes par le secret médical et il vous appartient d'en préserver la confidentialité et l'usage qui pourrait en être fait auprès de tiers