



Nom du patient :

Date de naissance:

Nom :

Adresse :

N° de téléphone :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LES REPRESENTANTS LEGAUX

Vous êtes :

- Le père
- La mère
- Le tuteur

1. Pièces justificatives

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant la santé de la personne prise en charge au centre hospitalier, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents cochés

- photocopie recto-verso d'une pièce d'identité en cours de validité
- photocopie d'un document attestant l'exercice de l'autorité parentale (livret de famille, jugement ou arrêt rendu, déclaration conjointe)
- photocopie d'un document attestant l'exercice de la tutelle (jugement ou arrêt rendu)

2. Modalité de consultation souhaitée

Plusieurs modalités de consultation du dossier peuvent vous être proposées.

- Consultation sur place du dossier sur rendez-vous
Dans ce cas, souhaitez-vous la présence d'un médecin ? OUI NON

Dans l'affirmative, nous vous proposerons une date de rendez-vous, en présence d'un médecin désigné par l'établissement qui pourra répondre à vos questions éventuelles. Si vous désirez des copies des documents qui vous seront présentés, elles vous seront facturées aux tarifs qui vous ont été communiqués sur le courrier joint.

- Envoi postal d'une copie du dossier ou de pièces particulières à un médecin désigné par vos soins : Si oui, veuillez préciser le nom et l'adresse de ce médecin :

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

- Envoi postal d'une copie du dossier ou de pièces particulières à vous-même
- Retrait du dossier au Bureau de la chargée des relations avec les usagers

3. Nature de la demande

Afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d'éventuels frais de copie, nous vous demandons de nous préciser la nature des informations auxquelles vous souhaitez avoir accès.

Ensemble des pièces autorisées par la loi et correspondant au motif de votre demande.

OU

Partie du dossier correspondant à une hospitalisation ou une consultation particulière en adéquation avec le motif de votre demande.

- veuillez préciser le séjour concerné (date d'entrée, de sortie, nom du service concerné):

.....
.....

- et les pièces particulières du dossier souhaitées :

Lettre de sortie

Compte-rendu d'hospitalisation

Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie

Compte-rendu opératoire

Examens d'imagerie

○ Radiographies

○ Scanners

○ IRM

Examens biologiques

Dossier d'anesthésie

Dossier de soins infirmiers

Autres, précisez :

Confidentialité des informations contenues dans le dossier médical :

Les informations contenues dans le dossier médical sont strictement confidentielles. Vous devez être attentif à ne pas les communiquer à une personne qui n'est pas autorisée à en prendre connaissance.

Formulaire à retourner au :
Direction des Usagers, des Risques et de la Qualité
1, avenue de Béligon
BP 30009
17301 ROCHEFORT CEDEX