

Nom et prénom du patient :

Date de naissance :

Nom et prénom du demandeur :

Adresse :

Téléphone :

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL PAR LE REPRESENTANT LEGAL DU PATIENT

Formulaire à retourner à la :

Direction des Droits des Usagers et de la Qualité, 1, Avenue de Béliçon BP 30009 17301 ROCHEFORT CEDEX

Ou par mail : manon.levayer@ght-atlantique17.fr

1. Qualité du demandeur

Vous êtes :

- Le père
- La mère
- Le tuteur

2. Pièces justificatives

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant votre santé ou celle de la personne propriétaire du dossier, 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)
- Photocopie d'un document attestant l'exercice de la tutelle (jugement ou arrêt rendu)

3. Modalité de consultation souhaitée

Faire un choix entre les différentes propositions :

- 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 précédemment.

- 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. Nous vous remercions de bien vouloir prendre **rendez-vous au 05 46 88 51 78.**

4. Nature de la demande

L'ensemble des informations contenues dans votre dossier peut être consulté ou transmis, à l'exception d'informations concernant les tiers ou communiquées par les tiers, conformément aux dispositions du Code de la Santé Publique.

1. Service(s) concerné(s) :

Tous les services

OU Certains services seulement : veuillez indiquer le ou les services concernés par la demande de dossier, et préciser les dates de passage approximatives si vous les connaissez :

Date d'entrée	Date de sortie	Nom du service concerné/Nom Médecin

2. Documents médicaux souhaités : veuillez indiquer si vous souhaitez certains documents en particulier, ou tous les documents sans distinction, avec ou sans imageries :

Tous les documents souhaités

OU Avec les copies d'imageries
 Sans les copies d'imageries

Pièces particulières souhaitées

- Lettre de sortie
- Prescriptions établies lors de la consultation ou à la sortie
- Compte-rendu d'hospitalisation et/ou de consultation
- Compte-rendu opératoire
- Examens d'imagerie :
 - Radiographies
 - Scanners
 - IRM
- Examens biologiques
- Dossier d'anesthésie
- Dossier de soins infirmiers
- Autres, précisez :

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.

Fait à Le

Signature :