

Décret 2002-637 du 29 avril 2002 de la Loi du 4 mars 2002 sur le droit du malade et la qualité du système de santé.

Identité du demandeur (1)

M. Mme

Adresse :

Nom de naissance :

Nom marital :

Code postal : |_|_|_|_|_|

Prénom(s) :

Ville :

Date de naissance : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

Téléphone : |_|_| |_|_| |_|_| |_|_| |_|_|

Lieu de naissance :

Email :

Je suis :

le patient lui-même

le représentant légal d'un patient mineur (2)

Nom du patient mineur :

Prénom(s) du patient mineur :

Date de naissance du patient mineur : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

le représentant légal d'un patient sous tutelle (3) sous curatelle (4)

Nom du patient sous tutelle/curatelle :

Prénom(s) du patient sous tutelle/curatelle :

Date de naissance du patient sous tutelle/curatelle : |_|_| / |_|_| / |_|_|_|_|_|

un médecin désigné par le patient

(1) Dans tous les cas, joindre une copie de la pièce d'identité recto-verso du demandeur.

(2) Joindre en plus une copie du livret de famille ou une copie du jugement de divorce (dans le cas de l'exercice de l'autorité parentale partagée ou non).

(3) Joindre en plus une copie du jugement de tutelle.

(4) Joindre en plus l'accord financier du curateur et une copie du jugement de curatelle.

Modalité de communication des documents

Remise des copies en mains propres

Remise des copies à une personne mandatée

La personne mandatée devra fournir l'original du mandat exprès et sa pièce d'identité.

Envoi des copies à mon domicile par lettre recommandée avec avis de réception

Envoi des copies à un médecin désigné

Nom du médecin désigné :

Prénom(s) du médecin désigné :

Adresse :

Code postal : |_|_|_|_|_| Ville :

Consultation du dossier patient sur place sur rendez-vous

Aucune copie ne sera effectuée sur place. L'envoi des copies pourra se faire ultérieurement par voie postale.

Lors de ma consultation sur place, je souhaite être accompagné(e) par un médecin oui non

Liste des documents souhaités

Afin de mieux répondre à vos besoins et limiter d'éventuels frais de copies, nous vous demandons de nous préciser les informations auxquelles vous souhaitez accéder.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'urgence | <input type="checkbox"/> Résultats d'examens biologiques |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation | <input type="checkbox"/> Dossier infirmier |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation, d'opération | <input type="checkbox"/> Ensemble du dossier médical |
| <input type="checkbox"/> Dossier de radiologie, scanner | |

Les informations du dossier médical sont strictement personnelles. Un usage non maîtrisé par la révélation ou la diffusion non autorisée de certaines informations peuvent nuire à son titulaire.

Dates de séjour concernées par la demande

Dates de séjour	Services concernés

Délais de réception

À réception de votre demande, le centre hospitalier se doit de respecter les délais règlementaires de communication du dossier médical ((article L.111-7 du code de la santé publique), qui sont de :

- 2 à 8 jours pour les informations constituées depuis moins de 5 ans
- 2 mois pour les informations constituées depuis plus de 5 ans

Fait le : / / À :

Signature du demandeur :

Formulaire à retourner complété à :

Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier Intercommunal Redon-Carentoir
8 avenue Étienne Gascon – CS 90262
35603 REDON Cedex