



IDENTITE DU PATIENT/RESIDENT

Je soussigné(e), NOM PRENOM

NOM de jeune fille

Né(e) le à

Domicilié(e) à

N° de téléphone :

demande communication de la copie de mon propre dossier médical.

Pièce à fournir : photocopie de votre carte d'identité recto/verso ou copie de votre permis de conduire ou de votre livret de famille

DOSSIER MEDICAL

Références du/des séjours et services sur lesquels portent les pièces demandées :

Service(s) :

Période(s) :

Nature des pièces demandées :

- Les comptes rendus, courriers
- Les pièces jugées les plus significatives par le médecin du service
- Autres, à préciser

MODALITES DE COMMUNICATION / TRANSMISSION DES DONNEES

Vous souhaitez :

- Avoir accès au dossier sur place**, en bénéficiant d'un accompagnement médical. Lors de cette consultation, vous pouvez être accompagné(e) d'une tierce personne de votre choix, qui sera tenue de respecter la confidentialité des informations communiquées, sauf à engager sa responsabilité pénale.

- Obtenir la copie des éléments du dossier :**

- Récupérer cette copie **sur place en personne ou par l'intermédiaire d'un mandataire désigné par vos soins**

Nom et prénom du mandataire :

Dans ce cas exceptionnel, la personne désignée devra disposer d'une procuration signée par vous (document original) et devra présenter une pièce d'identité. J'attire votre attention sur le caractère personnel des informations qui seront communiquées à la personne désignée.

- Recevoir une copie **à votre domicile** (envoi en Lettre Recommandée avec Accusé de Réception, moyennant le coût des photocopies, tarif en vigueur de l'année en cours, ainsi que celui du recommandé)

Date :/...../.....

SIGNATURE :