

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT MINEUR / MAJEUR PROTEGE

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM DU PERE.....
 PRENOMS.....

NOM DE LA MERE.....
 PRENOMS.....

ADRESSE.....

ADRESSE.....

TELEPHONE.....
 EMAIL.....

TELEPHONE.....
 EMAIL.....

NOM DU TUTEUR.....

PRENOMS.....

ADRESSE.....

TELEPHONE.....

E-MAIL.....

Merci de joindre à votre demande :

- la **copie d'une pièce d'identité**
 (Carte d'identité, passeport ou permis de conduire)
- la **copie du livret de famille**
- la **copie de la décision du juge aux affaires familiales** en cas de séparation ou de divorce
- la **copie du jugement de tutelle** le cas échéant

IDENTITE DU PATIENT MINEUR/MAJEUR PROTEGE

NOM DE FAMILLE.....
 PRENOMS.....

DATE DE NAISSANCE.....
 LIEU DE NAISSANCE.....

ADRESSE

ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES

Afin de faciliter l'instruction de votre demande, merci de préciser :

- DOCUMENTS SOUHAITES
 - Ensemble dossier médical
 - Compte-rendu de consultation
 - Lettre de sortie ou compte-rendu d'hospitalisation
 - Compte-rendu opératoire
 - Examens et compte-rendu de radiologie, échographie, scanner, IRM.....
 - Examens d'analyse de biologie médicale

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT MINEUR / MAJEUR PROTEGE

- DATES D'HOSPITALISATION/EXAMENS :
-
-
- SERVICES CONCERNES :
-
-
-
-

MODALITES DE COMMUNICATION SOUHAITEES

Le demandeur s'engage à régler au Centre Hospitalier les **frais de reproduction et d'envoi** des documents demandés. (Article L.1111-7 CSP /Arrêté 1^{er} octobre 2001).

RECUPERATION AU SECRETARIAT DES RELATIONS AVEC LES USAGERS (9H00-16H30)

ENVOI D'UNE COPIE : COURRIER SIMPLE COURRIER RECOMMANDE AVEC ACCUSE DE RECEPTION

- Au demandeur
- A un médecin dans ce cas précisez

Nom/Prénom du médecin désigné.....

Adresse.....

Code postal..... Ville.....

CONSULTATION SUR PLACE SUR RENDEZ VOUS (aucune copie ne sera effectuée sur place, envoi des copies par courrier).

Serez-vous accompagné d'un tiers ? Oui Non

Souhaitez-vous un accompagnement médical par un praticien du Centre Hospitalier de Pau ?
 Oui Non

Fait àLe :.....Signature :

Imprimé à retourner à :
Monsieur le Directeur
Centre Hospitalier de Pau - 4 boulevard Hauterive – 64046 Pau cedex
e-mail : relations.usagers@ch-pau.fr