

# 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<sup>er</sup> 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 à .....Le :.....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](mailto:relations.usagers@ch-pau.fr)**