

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN PATIENT

IDENTITE DU DEMANDEUR / PATIENT

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

NOM DE NAISSANCE.....

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

E-MAIL : TELEPHONE.....

ADRESSE
.....
.....

CODE POSTAL..... VILLE.....

Merci de joindre à votre demande : **la copie recto/verso d'une pièce d'identité**
(Carte d'identité, passeport ou permis de conduire)

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

- DATES D'HOSPITALISATION/EXAMENS :
.....
.....
.....

- SERVICES CONCERNES :
.....
.....
.....

MODALITES DE COMMUNICATION SOUHAITEES

La première demande de dossier médical est délivrée à titre gracieux.

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

Envoi d'une copie :

Courrier Simple Courrier recommandé avec accuse de réception

Au demandeur

A un médecin dans ce cas préciser

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 :
Centre Hospitalier de Pau - Service des Relations Usagers
4 boulevard Hauterive – 64046 Pau cedex
e-mail : relations.usagers@ch-pau.fr