CENTRE HOSPITALIER DE PAU
Siège de la Communauté Hospitalière de Territoire Béarn et Soule

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

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM DU PERE: ……..
PRENOMS……..
ADRESSE……..
……...
……..
TELEPHONE……..
EMAIL **(*)** ……
Obligatoire pour la transmission des éléments via le lien sécurisé

NOM DE LA MERE….....
PRENOMS……
ADRESSE… ……
……
……
TELEPHONE….....
EMAIL (*) ……
Obligatoire pour la transmission des éléments via le lien sécurisé

NOM DU TUTEUR……..
PRENOMS……
ADRESSE…….....
…….....
…….....
TELEPHONE……
E-mail : **(*)** …….....
Obligatoire pour la transmission des éléments via le lien sécurisé

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

  ☐ 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

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n°78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions ê tre amenés à recueillir.

CENTRE HOSPITALIER DE PAU
Siège de la Communauté Hospitalière de Territoire Béarn et Soule

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

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

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

- MODALITES DE COMMUNICATION

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

☐ **Par messagerie avec un lien sécurisé (*)**

☐ Autres :

À préciser : ……

☐ **Consultation sur place** sur rendez-vous

Fait à …… Le : …… Signature :

Imprimé à retourner à :
Centre Hospitalier de Pau - Service des Relations Usagers
4 boulevard Hauterive – 64046 Pau cedex
Téléphone : 05.59.92.49.15
E-mail : relations.usagers@ch-pau.fr

Conformément à la loi française (article 27 de la Loi n°78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés), vous disposez d'un droit d'opposition, d'accès, de rectification et de suppression des données que nous pourrions ê tre amenés à recueillir.