

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

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 accusé 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 à Le : 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