

Je soussigné(e)

☐ Mme ☐ Melle ☐ M.

Nom..... Nom de naissance.....

Prénoms..... Date de naissance.....

Adresse.....

..... Code postal / _ / _ / _ / _ /

Commune.....

N° de téléphone / _ / _ / _ / _ / _ / _ /

Adresse mail.....@.....

Conformément à l'objectif de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades (loi 2002-303 du 04/03/2002) et sur le droit d'être informé (Art. L 1111-1 du code de la sante publique)

Je souhaite accéder :

☐ à mon dossier médical (joindre une photocopie recto verso de votre carte d'identité)

ou

☐ au dossier médical de :

☐ Mme ☐ Melle ☐ M

Nom..... Nom de naissance.....

Prénoms..... Date de naissance.....

A ce titre, j'agis en qualité de :

cochez la case correspondant à votre situation

Photocopies à fournir

☐ Représentant légal	▪ Pièce d'identité du demandeur ou du mineur ▪ Livret de famille ou acte de naissance, en cas de divorce, ordonnance du juge aux affaires familiales
☐ Tuteur	▪ Pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé ▪ ordonnance du juge des tutelles
☐ Ayant droit (lorsque le patient est décédé) Je suis le/la : ☐ Conjoint(e) ☐ Frère /sœur ☐ Père / mère ☐ Enfant ☐ Autre parent	▪ Pièce d'identité du demandeur ▪ Preuve de la qualité d'ayant droit (copie du livret de famille, acte notarié, acte de naissance, certificat d'hérédité ou contrat particulier) ▪ Copie du certificat de décès Votre demande doit être motivée en application de l'art L. 1110-4 du code de santé publique : (cochez la(es) case(s) correspondant à votre demande) ☐ Connaître les causes du décès ☐ Défendre la mémoire du défunt ☐ Faire valoir ses droits ☐ Autre, à préciser

Je souhaite obtenir :

☐ Une partie du dossier concernant une hospitalisation ou une consultation

en date du

dans le(s) service(s) de du site de : ☐ Rethel ☐ Vouziers

Documents souhaités :

☐ Compte rendu d'hospitalisation

☐ Compte rendu de radiologie ou scanner

☐ Compte rendu opératoire

☐ Compte rendu des urgences

☐ Compte rendu de consultation d'anesthésie

☐ Compte rendu de consultation

☐ Autres

Ou :

☐ L'intégralité du dossier

Selon les modalités suivantes :

☐ Consultation du dossier sur place à l'hôpital

(la secrétaire du service concerné vous contactera afin de convenir d'un rendez-vous)

☐ Avec accueil personnalisé dans le cadre d'un entretien médical

☐ Sans accompagnement médical

☐ Envoi postal : (préciser l'adresse)

☐ Envoi postal au médecin : (préciser l'adresse)

☐ Retrait du dossier au Secrétariat de Direction, site de Rethel (la secrétaire vous contactera)

Je reconnais par la présente, devoir vous régler le coût de la reproduction et de l'envoi des documents (si coût supérieur ou égal à 2 euros), à réception de ces derniers ou à réception de la facture.

Tarifs

Copie format A4 0.18 € / unité

Copie format A3 0.30 € / unité

Copie CD-Rom 2.75 € / unité

+ Tarif en vigueur de l'envoi du courrier en recommandé avec AR

A Le

Signature

S'agissant du respect du caractère strictement personnel des informations que vous allez détenir, il vous appartient de prendre toutes les précautions nécessaires notamment vis-à-vis des tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...) pour en assurer l'éventuelle confidentialité.

Cadre réservé à la Direction

N° de demande :

Date d'envoi au archives :