



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

Identité du demandeur

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

NOM : Prénom :

Date de naissance :

Rue :

Code Postal : Ville :

☎ :

Qualité du demandeur

Patient **Représentant légal de** (Nom et Prénom) :
Date de naissance du patient :

Ayant droit de (Nom et Prénom) :
Date de naissance : Date de décès :

Documents justificatifs à fournir

Patient	⇒ copie de votre carte d'identité
Titulaire de l'autorité parentale	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du livret de famille ⇒ en cas de divorce, le document attestant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale
Tuteur	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du jugement de tutelle
Ayant droit	⇒ copie de votre carte d'identité ⇒ copie du livret de famille ⇒ copie de l'acte de décès ⇒ copie du certificat d'hérédité

Motif de la demande

Information Changement de domicile Expertise (date).....
 Autre :

Attention ! Les ayants droits doivent impérativement motiver leur demande et en indiquer le motif :

Connaître les causes du décès Défendre la mémoire du défunt Bénéficier d'un droit

Dates et services d'hospitalisation et/ou de consultation

Dates	Services concernés



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

Nature de la demande

Il ne vous est parfois pas forcément nécessaire d'accéder à l'ensemble des informations contenues dans le dossier médical. Afin de mieux répondre à vos besoins et de limiter d'éventuels frais de copies, nous vous demandons de nous préciser les informations auxquelles vous souhaitez accéder.

- Dossier médical complet :
 - Dossier papier avec le dossier radiologique
 - Dossier papier sans le dossier radiologique

- Pièces particulières du dossier :
 - Lettre de sortie ou compte rendu d'hospitalisation, de consultation
 - Compte rendu opératoire
 - Dossier infirmier
 - Dossier radiologique / scanner
 - Compte rendu d'examen d'imagerie
 - Résultats d'examens biologiques
 - Autres (à préciser) :

Modalités de communication

- Envoi de copies à votre domicile
- Envoi de copies à un médecin de votre choix :
Nom et adresse :
- Remise de copies en mains propres
- Remise de copies à une personne mandatée.
Dans ce cas, la personne mandatée doit fournir l'original du mandat exprès.

- Consultation sur place
Un accompagnement médical peut être souhaitable pour vous aider à mieux comprendre les informations. Dans ce cas, souhaitez-vous un rendez-vous avec un médecin de l'établissement ? Oui Non
- Vos disponibilités :

Informations complémentaires

Document à retourner accompagné des justificatifs demandés à :
Monsieur le Directeur – Centre Hospitalier de Thiers – Route du FAU – CS60012 – 63307 THIERS CEDEX

*Le dossier médical n'appartient pas au patient mais à l'établissement qui l'a constitué.
 La communication d'un dossier médical peut vous être refusée si le patient s'y est opposé de son vivant.*

Fait à le
 Signature :