

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

Identité du demandeur :
Je, soussigné(e) M / Mme / Mlle (nom, prénom, pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)
Né (e) le :
Domicilié(e) à :
Téléphone :
Le cas échéant identité du patient si différent du demandeur (père, mère, représentant légal ou ayant droit de) :
M / Mme / Mlle (nom, prénom, pour les femmes mariées, précisez le nom de jeune fille)
Né (e) le :
Demande la communication de la copie des éléments suivants :
<input type="checkbox"/> Pour moi-même
<input type="checkbox"/> Au nom de (mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal ou l'ayant droit). La preuve de cette qualité doit être attestée par la présentation d'une copie d'un document officiel la confirmant.
Compte rendu d'hospitalisation du..... au Compte rendu de consultation en date du :.....
Les pièces suivantes :
.....
.....
Selon la modalité suivante :
<input type="checkbox"/> Lecture sur place des copies des documents précédemment mentionnés. Dans ce cas, le médecin chef de service vous proposera un rendez-vous pour un accompagnement médical à la lecture de vos documents.
<input type="checkbox"/> Envoi postal au domicile du demandeur. Dans ce cas joindre une photocopie de la carte d'identité, vous recevrez les documents mentionnés en recommandé avec accusé de réception contre remboursement.
<input type="checkbox"/> Envoi postal au docteur : (nom, prénom, adresse) :
.....
Dans ce cas joindre une photocopie de la carte d'identité, le médecin recevra en recommandé avec accusé de réception les documents mentionnés. Une facture correspondant au montant des frais engagés par l'établissement vous sera adressée.
Motif de la demande : ne remplir qu'en cas de demande de communication d'un patient décédé
.....
.....

Remarques générales : Toute demande incomplète ne pourra être satisfaite. Un contrôle d'identité du demandeur ou de la qualité d'ayant droit ou de représentant légal sera réalisé par la direction préalablement. Toute remise de copie de documents est facturée au demandeur. Pour les envois postaux, joindre systématiquement une copie des documents d'identité ou de qualité. Dans tous les cas, vous ne pourrez avoir accès aux informations recueillies auprès de l'entourage, ou concernant l'entourage.

Document à envoyer à l'adresse suivante :

Date et signature :

Madame la Directrice
Centre Hospitalier Intercommunal de la Lauter
24 route de Weiler – BP 20003
67166 WISSEMBOURG Cedex