

## Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Pour obtenir communication de votre dossier médical, veuillez nous retourner ce formulaire dûment complété, daté et signé, accompagné des pièces nécessaires (voir encadré), à l'adresse suivante :

**HOPITAL PIERRE ROUQUES « LES BLUETS »**  
**Secrétariat de la Direction 4, RUE LASSON 75571 PARIS CEDEX 12**

### Coordonnées du demandeur :

Nom : ..... Prénom : ..... Date de naissance.....

Adresse : .....

n° de téléphone.....

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

### Votre demande concerne :

Vous même

Patient sous tutelle : Nom du patient ..... Prénom du patient .....

Date naissance du patient .....

### Les éléments du dossier dont vous demandez copie (à cocher)

Compte-rendu d'hospitalisation du ..... au .....

Dossier de soins

Résultats d'examens (précisez) : .....

Autres pièces (précisez) : .....

Intégralité du dossier. Précisez la date du (des) séjour(s) : .....

### Les modalités de communication

**Délai** : les dossiers de moins de 5 ans sont communiqués dans un délai de 8 jours, ceux de plus de 5 ans dans un délai de 2 mois au maximum

**Tarif** : les copies sont facturées à 0,18€ l'unité ; l'envoi par courrier postal est facturé au tarif en vigueur

### PIECES A FOURNIR

- Patient : Copie recto-verso de la pièce d'identité
- Autorisation de consultation de dossier médical
- Représentants légaux d'un majeur sous tutelle : copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et du patient et copie du jugement de tutelle

Date :

Signature :