



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 : _____

Tél. : _____ Mail : _____@_____

Votre demande concerne

Vous-même

Un.e patient.e sous tutelle :

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : ____/____/____

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) : _____

L'intégralité du dossier (date du(des) séjour(s)) : ____/____/____ au ____/____/____

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

Copie recto-verso de la pièce d'identité du/de la patient.e

Autorisation de consultation de dossier médical

Copie recto-verso de la pièce d'identité de la personne demandeuse (représentants légaux d'un.e majeur.e sous tutelle)

Copie du jugement de tutelle

Date : ____/____/____

Signature :