


|  |  |   |
|--|--|---|
|       | <b>FORMULAIRE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL</b> | <b>Référence</b><br><b>DIP.E.02.02.00.02</b><br><b>V5</b>                 |
|  |  | <b>Rédacteurs</b><br>Service Qualité                                      |
| <input checked="" type="checkbox"/> CH MAU <input checked="" type="checkbox"/> CRF TOU |  | Création : 23/07/2013<br>Validation : 19/09/2022<br>Révision : 19/09/2022 |

Vous souhaitez obtenir des informations sur le contenu de votre dossier médical.

Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce questionnaire et de le retourner à :

**Mme E. CHIRON** - Directrice pour le Centre de La Tourmaline  
**Mme C. BIETTE** – Directrice pour le Centre Hospitalier de Maubreuil

Je soussigné(e) : M., M<sup>me</sup>, M<sup>lle</sup> (NOM, Prénom) .....

Né(e) le ..... à (ville - département) .....

**➡ Joindre à votre demande une copie de votre carte d'identité en cours de validité.**

**Souhaite avoir accès :**

- à mon propre dossier médical
- au dossier médical de mon enfant ou de la personne dont je suis le représentant légal sauf s'il l'a refusé expressément
- au dossier médical d'un proche décédé dont je suis l'ayant droit. Dans ce dernier cas, il est impératif de préciser le motif de la requête (*obligatoire*) :

Nom, Prénom du patient .....

Né(e) le ..... à (Ville - Département) .....

**Souhaite obtenir :**

- toutes les pièces de mon dossier prévues par la loi
- compte rendu d'hospitalisation
- autres pièces : .....

Concernant l'hospitalisation du ..... au .....

**Selon les modalités suivantes :**

- consultation sur place en présence éventuelle du médecin de l'établissement.
- envoi de copies à mon adresse .....
- envoi à un médecin désigné par mes soins dont les coordonnées sont les suivantes :  
 .....

Je reconnais être informé(e) que la communication se fera dans un délai de 48h (*délai de rétractation obligatoire*) à 8 jours ou dans un délai de 2 mois pour les dossiers datant de plus de 5 ans selon la loi de 04 mars 2002

Fait le ..... à .....

Signature