

## Formulaire de demande d'accès au dossier patient à la demande du patient

### Identité du demandeur

Monsieur  Madame \_\_\_\_\_

Concernant l'enfant (le cas échéant) \_\_\_\_\_

Né(e) le \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_ N° Tel \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_

Domicilié(e) \_\_\_\_\_

Qualité du demandeur si différent du patient :

Représentant légal :  Père  Mère  Tuteur  Mandataire

### Communication des données médicales

Demande la communication des documents suivants :

Le dossier de consultation (Date(s)) \_\_\_\_\_

Le dossier d'hospitalisation du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

L'ensemble du dossier médical

Imagerie sur CD, code de consultation des clichés

Pièces complémentaires du dossier, précisez \_\_\_\_\_

Renseignements facilitant la recherche du dossier, date d'hospitalisation ou de consultation, services, nom du médecin hospitalier :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Transmission des données médicales

Envoi du dossier en recommandé avec accusé de réception à l'adresse suivante :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Remise en main propre contre signature et présentation de la pièce d'identité

Consultation du dossier sur place

avec accompagnement d'un médecin hospitalier (optionnel)

Prendre Rendez-vous à la Direction Générale au 03.23.24.34.11

Envoi du dossier à un médecin (sous réserve de fournir un mandat)

Coordonnées du médecin :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Pièces justificatives

Copie de la pièce d'identité du demandeur et du patient et en supplément le cas échéant :

Copie de l'acte de naissance ou livret de famille justifiant la filiation (pour un mineur)

Copie du jugement de tutelle ou de délégation de l'autorité parentale le cas échéant

Procuration pour le mandataire (mandat écrit nommant la personne qui demande le dossier médical)

## Tarifs de reproduction de dossier médical

Copie papier A4 0.18 €

Copie CDROM 2.75 €

*L'envoi du dossier médical se fait en recommandé avec accusé de réception. Les frais sont à la charge du demandeur, le prix est variable selon le poids du dossier médical.*

Je déclare les informations renseignées exactes.

Nom Prénom : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Signature :

Formulaire à destination de :

Centre Hospitalier de LAON  
Monsieur le Directeur  
33, rue Marcelin Berthelot CS 40640  
02001 LAON Cedex  
OU  
[secret.affairesgenerales@ch-laon.fr](mailto:secret.affairesgenerales@ch-laon.fr)

En cas de doute ou d'interrogation, joindre le secrétariat des affaires générales du Centre Hospitalier de LAON au 03.23.24.34.11.

Toute demande incomplète ou jugée irrecevable vous sera notifiée et ne sera pas traitée par les services administratifs du Centre Hospitalier de LAON.

## Partie réservée au Centre Hospitalier de LAON

Formulaire reçu le \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Cachet de l'établissement :

Observations :  Dossier complet

Dossier incomplet