GROUPEMENT HOSPITALIER
Hôpital

Formulaire de demande de communication du dossier médical
PATIENT ou son REPRESENTANT LEGAL

Identité du patient

Afin que la demande puisse être recevable, **il est impératif** de joindre au formulaire la photocopie d'une pièce d'identité en cours de validité (recto/verso) **du patient.**

NOM (en lettres majuscules) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Nom de naissance |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Né(e) le |__|__| |__|__| |__|__|__|__| à ....

Adresse : ....

....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville.......... ....

Courriel ....@...

Portable |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Identité du demandeur (si différent du patient)

Représentant légal du mineur Père ☐ Mère ☐

Fournir une copie de tout document attestant de l'autorité parentale (livret de famille et/ou jugement de divorce…) et la photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité (recto/verso)

Représentant légal du majeur sous tutelle ☐

Fournir une copie du jugement leur confiant la tutelle et la photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité (recto/verso)

Mandataire (*tiers autorisé*) ☐

Fournir un courrier du patient l'autorisant à agir en son nom et la photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité (recto/verso)

Merci de préciser ci-dessous

NOM (en lettres majuscules) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Prénom |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Adresse : ....

....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville ....

Courriel ....@..

Téléphone |__|__| |__|__| |__|__| |__|__| |__|__|

Compléter le verso du document

Pièces du dossier patient demandées

- ☐ Le Compte Rendu d'Hospitalisation (CRH)
- ☐ Le Compte Rendu Opératoire (CRO)
- ☐ Les résultats d'examens : Radiographie, Echographie, Scanner, IRM ***(rayer la mention inutile)***
- ☐ Le dossier complet
- ☐ Autre document : .....

Renseignements indispensables pour la recherche du dossier :

Hôpital .....

Service(s) concerné(s) .....

.....

Nom(s) du ou des médecin(s).....

.....

Date(s) d'hospitalisation .....

.....

Modalités d'accès au dossier :

1 ☐ Envoi dématérialisé sur mon espace sécurisé personnel MyHCL

2 ☐ Envoi dématérialisé avec envoi d'un code de décryptage par courrier

3 ☐ Consultation du dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier

4 ☐ Remise du dossier sous format papier directement au sein de l'établissement

5 ☐ Envoi dématérialisé ou postal au médecin (rayer la mention inutile)

au Docteur .....que je désigne comme intermédiaire

Adresse ....

....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

6 ☐ Envoi dématérialisé ou remis sur place au mandataire (rayer la mention inutile)

à M./Mme..... ..... que je désigne comme mandataire

Adresse ....

....

Code postal |__|__|__|__|__| Ville .....

Information importante : à la suite d'une évolution de la jurisprudence européenne (CJUE arrêt du 26 octobre 2023), les demandes de dossier seront adressées, préférentiellement, par voie dématérialisée.

NB : des frais pourront vous être demandés en cas de copie papier/et ou CD ROM si les pièces demandées vous ont d'ores et déjà été communiquées auparavant.

Ils seront alors appliqués selon les tarifs ci-dessous :

CD-Rom = 5,32€ Photocopie A4 = 0,19€ Photocopie A3 = 0,38€

Contretype radiographie = 2,13€ / **5,13€ pour Hôpital R.Sabran

Ce document est à adresser, accompagné des justificatifs, par courrier :

Groupement Hospitalier (*Nord/Sud/Est/Centre/**R.Sabran*)

Hôpital ….

Direction /Chargé des Relations Usagers……

……..

……

Date de la demande : **Signature du demandeur :**