FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

IDENTITE DU DEMANDEUR (1)

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

Nom marital : ..... Né(e) le : .....

Adresse : .....

.....

Mail : ..... Téléphone : .....

(1) *joindre la photocopie d'une pièce d'identité recto-verso*

ENFANT

☐ je suis détenteur de l'autorité parentale d'un enfant mineur (2)

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

Né(e) le : .....

(2) *joindre la photocopie du livret de famille + la pièce d'identité recto-verso du demandeur ou copie du jugement de divorce (exercice de l'autorité parentale partagée ou non)*

TUTELLE / CURATELLE

☐ je suis sous mesure de protection juridique : ☐ sous curatelle (3) ☐ sous tutelle (4)

(3) *joindre l'accord financier du curateur + la photocopie du jugement de curatelle + la pièce d'identité recto-verso du demandeur*
(4) *joindre la photocopie du jugement de tutelle + la pièce d'identité recto-verso du tuteur*

EXPERTISE

☐ je souhaite obtenir la copie de mon dossier dans le cadre d'une expertise :

☐ à la demande des assurances (5) ☐ judiciaire (6)

(5) *joindre la photocopie de la convocation du médecin - expert*
(6) *joindre la photocopie de l'arrêt du tribunal*

MODALITES DE COMMUNICATION

☐ Viendra chercher sur place (dès mise à disposition des copies)
☐ par envoi postal (7) (mode d'envoi par défaut) :
☐ à moi-même ☐ à un médecin ***(préciser ci-dessous ses coordonnées)***

Nom du médecin : ..... Prénom : .....

Adresse :

..... Téléphone : .....

☐ par consultation sur place gratuite (sur rendez-vous uniquement)
☐ par consultation sur place gratuite avec la présence d'un médecin (sur rendez-vous uniquement)

(7) *envoi des copies par lettre recommandée et facturées au demandeur.*

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

LES ELEMENTS DU DOSSIER PATIENT SOUHAITES

La législation autorise l'obtention de la totalité d'un dossier mais cela peut être volumineux.Il est important d'en mesurer le coût potentiel en fonction del'utilisation souhaitée.
Le compte-rendu reprend généralement la synthèse du séjour et bien souvent répondra à vos questions.

☐ compte-rendu (hospitalisation, opératoire, consultation, ...) ☐ biologie
☐ imagerie (radiographie, scanners, IRM, ...)
☐ Autres (**à *préciser***) .....
.....
.....
.....

L'imagerie et la biologie volumineuse seront transmises sur CD ROM

SEJOUR(S) CONCERNE(S) PAR LA DEMANDE

Date(s) de la venue	Service(s) de la venue	Nom du médecin	Vannes	Auray
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐
			☐	☐

LES FRAIS D'ENVOI DONNENT LIEU A FACTURATION

La délivrance des copies, quel qu'en soit le support, **est gratuite**.

L'envoi de la copie du dossier médical se fait par lettre recommandée avec avis de réception et il **est facturable** au demandeur aux tarifs en vigueur à la poste.

Fait à .....

le.....

Signature obligatoire :

FORMULAIRE A RETOURNER DUMENT COMPLETE A L'ADRESSE SUIVANTE :

Par courrier à : Centre Hospitalier Bretagne Atlantique DIRECTION GENERALE
20 bd *Général* Maurice Guillaudot B.P. 70555
56017 VANNES
ou
Par Mail : communication.dossier-patient@ch-bretagne-atlantique.fr