

**Demande d'accès à un dossier patient - Formulaire Mineur ou Patient protégé**

Je soussigné (e)  Madame  Monsieur

NOM usuel : \_\_\_\_\_ NOM de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_  
N° de téléphone : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

**Demande à avoir accès au dossier patient de**

NOM usuel : \_\_\_\_\_ NOM de naissance : \_\_\_\_\_  
Prénom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Dont je suis :  père  mère  tuteur / représentant légal

**Documents souhaités (\*)**



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

Je souhaite obtenir les éléments suivants :

- Intégralité des pièces de mon dossier patient accompagné des clichés d'imagerie  OUI  NON
- Compte-rendu (*hospitalisation, opératoire, consultation...*)
- Résultats d'examens de  
 biologie  imagerie (*radiographie, scanner, IRM...*) avec clichés  OUI  NON
- Autre(s) document(s), précisez :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*En l'absence de précision, seules les pièces essentielles du dossier médical seront transmises.*

**Séjour(s) concerné(s) :**

Dates / Période	Service	NOM du médecin

(\*) cocher les cases correspondantes

**Modalités d'accès aux éléments (\*)**

- Consultation sur place** aux Hôpitaux Civils de Colmar **sans remise de copies.**  
*(Le secrétariat vous contactera pour prendre rendez-vous)*
- Remise en main propre** sur présentation de votre pièce d'identité ou d'une procuration signée
- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception**
  - À mon domicile *(adresse renseignée au recto)*
  - Au médecin de mon choix *(Il n'est pas tenu de vous remettre ces copies)*  
Docteur : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

**Justificatifs à fournir**

- Copie **recto-verso de VOTRE pièce d'identité** *(carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire obligatoirement revêtue d'une photographie).*
- Copie **recto-verso de la pièce d'identité du PATIENT**

**Ajouter pour un PATIENT MINEUR :**

- Copie du livret de famille ou un acte de naissance intégral
- Jugement précisant le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale, le cas échéant

**Ajouter pour un PATIENT MAJEUR PROTÉGÉ sous tutelle :**

- Copie de la décision du Juge des tutelles.

**Signature**

- Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.
- J'ai conscience du caractère strictement confidentiel des informations contenues dans un dossier patient, notamment vis-à-vis des tiers (entourage, employeur, assureur, banque...)
- J'accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'envoi *(selon le tarif en vigueur)*



Le : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

(\*) cocher les cases correspondantes