

Demande d'accès à un dossier patient - Formulaire Patient

Je soussigné (e)

Madame Monsieur

NOM usuel : _____ NOM de naissance : _____

Prénom : _____ Date de naissance : ____/____/____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

N° de téléphone : _____ Courriel : _____

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.**

Veillez OBLIGATOIREMENT préciser le ou les séjours (s) concerné (s) :

Dates / Période	Service	NOM du médecin

Je souhaite obtenir les éléments suivants :

Intégralité des pièces de mon dossier patient
accompagné des clichés d'imagerie OUI NON

OU

Compte(s)-rendu(s) de :

- hospitalisation
- consultation
- opératoire

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.

(*) cocher les cases correspondantes

Modalités d'accès aux éléments

 Une seule case à cocher, svp.
Dans le cas contraire, un envoi en recommandé sera
effectué à vos frais.

- 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).*

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

(*) cocher les cases correspondantes