

Je soussigné (e)

Madame

Monsieur

NOM usuel :

NOM de naissance :

Prénom :

Date de naissance : ____/____/____

Adresse :

Code postal :

Commune :

N° de téléphone :

Courriel :

Pièces demandées

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 répondra bien souvent à vos questions.

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

Dates / Périodes	Unité d'hospitalisation	Nom du médecin

Je souhaite obtenir les éléments suivants * :

- Compte rendu d'hospitalisation
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu de consultation (prescription...)

- Résultats d'examens de biologie
- Résultats d'examens d'imagerie : CR radiographies, scanners, IRM... (support DVD, QR code ou lien numérique)
- Autre(s) document(s), précisez :
.....

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

(*) Cocher les cases correspondantes

Demande d'accès à un dossier patient - Formulaire Patient

1. Modalités d'accès aux éléments

Merci de ne cocher qu'une seule case. Dans le cas contraire, un envoi en recommandé sera effectué à vos frais :

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*).

Nom du médecin :

Adresse complète :

.....

2. Justificatifs à fournir

Copie **recto-verso de votre pièce d'identité en cours de validité** (*carte nationale, passeport, carte de séjour, permis de conduire obligatoirement revêtue d'une photographie*).

3. 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...)
- Je comprends que toute demande nécessite un délai minimum de 48 heures de traitement.
- J'accepte de prendre en charge les frais de reproduction et d'envoi (*selon le tarif en vigueur*)

Le : ____/____/____

Signature

Merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces obligatoires :

* par mail à : sim@ch-colmar.fr

* par courrier à : Hôpitaux Civils de Colmar – 39, avenue de la Liberté – 68024 COLMAR Cedex