

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.

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

Dates / Période	Service	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

## 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 : .....

## 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...)
- 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 du

demandeur

Merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces obligatoires :

\* par mail à : [sim@ch-colmar.fr](mailto:sim@ch-colmar.fr)

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