

	ENREGISTREMENT	ENRE-ADP-001	
	DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002)	Date d'application : 27/01/2026	Page 1 sur 3
		Version : 21	

N° /

POUR SATISFAIRE VOTRE DEMANDE, LES INFORMATIONS SUIVANTES SONT NECESSAIRES

Je soussigné(e),

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Mail :

☐ **DEMANDE DE COMMUNICATION DE MON PROPRE DOSSIER MEDICAL**

☐ **DEMANDE DE COMMUNICATION DU DOSSIER MEDICAL DE :**

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date de naissance :

Qualité du demandeur : ☐ Parents du mineur ☐ Tuteur ☐ Mandataire

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

☐ **Envoi à domicile** (en lettre suivie)

☐ **Récupération dans le service**

☐ **Consultation sur place**, avec rendez-vous programmé (vous pouvez bénéficier d'un accompagnement médical)

L'envoi de documents par mail n'est pas réalisable au vu de la confidentialité des données.

	ENREGISTREMENT	ENRE-ADP-001	
	DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002)	Date d'application : 27/01/2026	Page 2 sur 3
		Version : 21	

PIECES DU DOSSIER DEMANDEES

Gratuité de la première demande de dossier médical et envoi en lettre suivie – Décret du 30 décembre 2023 modifiant l'Art. R1111-2 du Code de la Santé Publique. Pour toute demande supplémentaire, l'envoi en lettre suivie et les copies des documents seront à la charge du demandeur aux tarifs suivants :

- Copie A4 : 0.18€ l'unité
- Cliché radio sur support papier : 0.55€ l'unité
- CD scanner, IRM : 2.75€ l'unité

Documents concernant le service des Urgences :

Date(s) / Période(s) concernée(s) pour le service des urgences :

- | | |
|---|--|
| ☐ Synthèse médicale (lettre de liaison) | ☐ Bilans biologiques* |
| ☐ Synthèse médicale et synthèse paramédicale | ☐ Ordonnances |
| ☐ Compte rendu imagerie avec code d'accès aux images sur le site internet de l'hôpital | ☐ Tracé ECG / EEG |
| ☐ Cliché radio sur support papier | |
| ☐ CD Scanner, IRM | |
| ☐ Autre (à préciser) : | |

Les pièces demandées peuvent être inexistantes dans votre dossier en fonction de votre prise en charge.

Documents concernant les autres services :

Date(s) / Période(s) concernée(s)	Service(s) concerné(s)	Nom du médecin
.....		
.....		

- | | |
|---|---|
| ☐ Compte rendu d'hospitalisation (lettre de liaison) | ☐ Bilans biologiques * |
| ☐ Compte rendu de consultation | ☐ Ordonnances |
| ☐ Compte rendu opératoire | ☐ Observations médicales |
| ☐ Correspondances entre professionnels | ☐ Consentement éclairé |
| ☐ Certificat médical | ☐ Résultat d'examen (exemple : EEG, ECG) |
| ☐ Compte rendu imagerie avec code d'accès aux images sur le site internet de l'hôpital | |
| ☐ Cliché radio sur support papier | ☐ Dossier transfusionnel |
| ☐ CD Scanner, IRM | ☐ Dossier d'anesthésie |
| ☐ Autre (à préciser) : | |

Les pièces demandées peuvent être inexistantes dans votre dossier en fonction de votre prise en charge.

* Attention, peuvent être très volumineux.

	ENREGISTREMENT DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL (Loi n°2002-303 du 4 mars 2002)	ENRE-ADP-001	
		Date d'application : 27/01/2026	Page 3 sur 3
		Version : 21	

ELEMENTS A FOURNIR (en fonction de la qualité du demandeur)

☐ Patient	✓ Pièce d'identité (Passeport ou carte d'identité recto-verso) ✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
☐ Patient présent à l'unité sanitaire	✓ Numéro d'érou ou Numéro sécurité sociale
☐ Titulaire de l'autorité parentale du patient mineur	✓ Pièce d'identité du demandeur (Passeport ou carte d'identité recto-verso) ✓ Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant ✓ Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation ✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
☐ Personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tuteur)	✓ Pièce d'identité du tuteur (Passeport ou carte d'identité recto-verso) ✓ Jugement de tutelle ✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
☐ Mandataire ¹	✓ Pièce d'identité (Passeport ou carte d'identité recto-verso) du patient et du mandataire ✓ Autorisation écrite du patient ✓ Justificatif de domicile (de moins de 3 mois)
☐ Médecin expert désigné par une juridiction	✓ Jugement ou ordonnance de désignation de l'expert ✓ Autorisation écrite du patient et copie de sa pièce d'identité
☐ Avocat	✓ Pièce d'identité du patient ✓ Autorisation écrite du patient ✓ Justificatif de domicile de moins de 3 mois (si envoi au patient)

¹ La personne mandatée ne peut avoir de conflit d'intérêts et défendre d'autres intérêts que celui de son mandant.

Ce document dûment renseigné et signé, ainsi que les pièces demandées ci-dessus sont à adresser par courrier ou par mail à :

Service de Gestion Centralisée des Archives
Centre Hospitalier de Béziers
2 rue Valentin Haüy - B.P. 740
34525 BEZIERS cedex

@ archives@ch-beziers.fr

☎ 04 67 35 78 58

Date :

Signature du demandeur :

.....