

	Direction Qualité, Gestion des Risques, Relations Usagers et Affaires Juridiques : Service de Gestion Centralisée des Archives	ENRE ADP 001	
	ENREGISTREMENT DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT	Date version 01/07/2021	Page 1 sur 2

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 et 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 :

Téléphone :

Qualité du demandeur :

ELEMENTS A FOURNIR en fonction de la qualité du demandeur :

<input type="checkbox"/> Patient	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pièce d'identité recto-verso (CNI, Passeport) ;
<input type="checkbox"/> Patient présent à l'unité sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Numéro d'écrou ou Numéro sécurité sociale
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pièce d'identité recto-verso du demandeur (CNI, Passeport); ✓ Livret de famille ou acte de naissance de l'enfant ; ✓ Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation
<input type="checkbox"/> Personne chargée d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne (tuteur)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pièce d'identité recto-verso du tuteur (CNI, Passeport); ✓ Jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> Mandataire ¹	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Pièce d'identité recto-verso (CNI, Passeport) du patient et du mandataire ; ✓ Autorisation écrite du patient en précisant la raison ;
<input type="checkbox"/> Médecin expert désigné par une juridiction	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Jugement ou ordonnance de désignation de l'expert ; ✓ Autorisation écrite du patient et copie de sa pièce d'identité

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



ENREGISTREMENT DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT

PIECES DU DOSSIER DEMANDEES

Les frais de photocopies et l'envoi en recommandé sont à la charge du demandeur. Attention votre dossier peut être volumineux et de ce fait générer un coût élevé, soyez vigilant et prudent sur le niveau de votre demande (Copie A4 : 0,18€).

- Compte rendu d'hospitalisation, Compte rendu de passage aux urgences, Compte rendu de consultation, Compte rendu opératoire, Bilans biologiques (peuvent être volumineux), Résultat d'examen (EEG, ECG, ...), Image radio sur support papier (0,55€ par cliché), CD Scanner, IRM,... (2,75€ par CD), Compte rendu imagerie avec code d'accès aux images sur le site internet de l'hôpital (0,18€ par compte rendu), Autres pièces (à préciser) :

Table with 3 columns: Date(s) / Période(s) concernée(s), Service(s) concerné(s), Nom du médecin

MODALITES DE COMMUNICATION DES DOCUMENTS

- Envoi postal en recommandé avec accusé de réception, à la charge du demandeur. Vous recevrez une facture du Centre Hospitalier de Béziers (application du tarif postal en vigueur)
Récupération dans le service (paiement à la régie)
Consultation sur place, avec rendez-vous programmé (vous pouvez bénéficier d'un accompagnement médical)

Ce document dûment renseigné et les pièces demandées sont à adresser à :

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

archives@ch-beziers.fr 04 67 35 78 58

Date :
Signature du demandeur :