



## 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  
30/06/2023  
Version 17

Page  
1 sur 3

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 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)



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 30/06/2023 Version 17

Page 2 sur 3

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€).

Documents concernant le service des Urgences :

Date(s) / Période(s) concernée(s) :

- Checkboxes for medical synthesis, biological reports, imaging reports, radio images, CD scanner, ECG/EEG traces, and other services.

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


Documents concernant les autres services :

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

- Checkboxes for hospitalization reports, consultations, operative reports, professional correspondences, medical certificates, imaging reports, radio images, CD scanner, biological reports, prescriptions, medical observations, informed consent, exam results, transfusion dossier, and anesthesia dossier.

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

\* Peuvent être volumineux.

	<b>ENREGISTREMENT</b>  <b>DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL</b> (Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002)	ENRE ADP 001	
		Date d'application 30/06/2023	Page 3 sur 3
		Version 17	

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

<input type="checkbox"/> Patient	✓ Pièce d'identité recto-verso (CNI, Passeport)
<input type="checkbox"/> Patient présent à l'unité sanitaire	✓ Numéro d'écrou ou Numéro sécurité sociale
<input type="checkbox"/> Titulaire de l'autorité parentale du patient mineur	✓ 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)	✓ Pièce d'identité recto-verso du tuteur (CNI, Passeport) ✓ Jugement de tutelle
<input type="checkbox"/> Mandataire <sup>1</sup>	✓ Pièce d'identité recto-verso (CNI, Passeport) du patient et du mandataire ✓ Autorisation écrite du patient
<input type="checkbox"/> 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

<sup>1</sup> 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 Béziérs  
 2 rue Valentin Haüy - B.P. 740  
 34525 BEZIERS cedex

@ [archives@ch-beziers.fr](mailto:archives@ch-beziers.fr)

☎ 04 67 35 78 58

Date : .....

Signature du demandeur :

.....

