



# FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

*A compléter et à retourner au directeur de l'hôpital de Wassy*

**Nom / prénom du demandeur :** *(joindre une photocopie recto verso de la carte d'identité)*

.....

**Adresse :** .....

.....

**N° de téléphone\* :** .....

**Cette demande concerne\*\*:**

- |  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Une hospitalisation : | <input type="checkbox"/> en cours |
|  | <input type="checkbox"/> passée   |
| <input type="checkbox"/> Un séjour en EHPAD :  | <input type="checkbox"/> en cours |
|  | <input type="checkbox"/> passé    |

Date de la constitution du dossier demandé : .....

**Je demande l'accès à\*\*:**

- Mon propre dossier.
- Le dossier de :  
Nom : ..... Prénom : .....
- Motif de la demande : .....
- .....

**Qualité du demandeur\*\*:**

- Ayant-droit (en cas de décès de la personne), (Fournir une copie de la pièce d'identité et du livret de famille).
- Tuteur (Fournir la décision de justice).
- Médecin (Justifier la désignation par le patient).
- Mandataire (Fournir le mandat signé par le patient).

**Je choisis l'accès au dossier selon la modalité suivante\*\*:**

- Sur place, et assisté d'un médecin de l'établissement.
- Sur place, et assisté du médecin de mon choix : Dr .....
- Sur place, seul.
- Par envoi au cabinet du Dr ..... de copies d'éléments du dossier.  
Adresse du médecin : .....
- .....
- Par envoi à mon domicile de copies d'éléments du dossier.
- Par la remise en mains propres de copies d'éléments du dossier.  
*Pour la remise de copies des frais de reprographie vous seront demandés.*

**Eléments du dossier souhaités :**

.....  
.....  
.....

Date : .....

Signature du demandeur :

\* Numéro de téléphone obligatoire, si vous souhaitez une consultation sur place.

\*\* Cocher la case correspondant à votre choix.