



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.

Éléments 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.