Centre Hospitalier de BAR-LE-DUC FAINS-VEEL

Demande de communication de dossier patient mineur

La communication directe du dossier médical d'un enfant aux titulaires de l'autorité parentale est possible depuis la loi du 4 mars 2002 sur le droit des patients et son décret d'application du 29 avril 2002, à condition que le mineur y consente s'il est âgé de 13 ans et plus.

PIECES JUSTIFICATIVES A FOURNIR :

Représentant légal *(parent d'un enfant mineur)* SAUF OPPOSITION DU MINEUR
➢ Copie de la pièce d'identité du demandeur ➢ Copie du livret de famille ou de l'acte de naissance
Tuteur à la personne
➢ Copie de la pièce d'identité du patient ➢ Copie de la pièce d'identité du mandataire judiciaire ➢ Copie du jugement de tutelle

IDENTITE DU PERE :

Nom :_____

Prénom : _____

Téléphone : _____

IDENTITE DE LA MERE :

Nom : _____

Prénom : _____

Téléphone : _____

IDENTITE DE VOTRE ENFANT :

:

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse de destination du dossier : _____

LE DOSSIER :

Vous souhaitez :

☐ L'ensemble du dossier

☐ Les documents concernant une consultation ou une hospitalisation

Dans le service de : _____ En (date ou période) : _____

LA CONSULTATION DU DOSSIER :

☐ Obtenir une copie du dossier adressée à votre domicile en recommandé avec AR (Montant minimum forfaitaire de 9,50€ à raison de 0,18 € la copie et des f r a i s d ' e n v o i a u t a r i f p o s t a l e n v i g u e u r)

☐ Obtenir une copie du dossier en venant le chercher à l'hôpital (Montant minimum forfaitaire de 9,50€ à raison de 0,18 € la copie)

☐ Venir consulter le dossier à l'hôpital et bénéficier des explications d'un médecin de l'établissement

Le coût élevé des radiographies et la mauvaise qualité des copies nous incitent à ne pas les dupliquer. Nous pouvons vous adresser les originaux qui, alors, ne seront plus dans le dossier à l'hôpital. Vous vous engagez, par votre signature en cochant la case ci-dessous, à comprendre que vous êtes l'unique détenteur de ces clichés et à les rapporter lors d'une éventuelle hospitalisation ou consultation future dans l'établissement.

☐ COCHEZ CETTE CASE SI VOUS SOUHAITEZ RECEVOIR LES ORIGINAUX DES RADIOGRAPHIES

DATE : |_|_|_|_|_|_| Signature de la mère : Signature du père :

Signature du mineur (âgé de 13 ans révolu attestant son consentement à la consultation de son dossier médical par les personnes identifiées ci-dessus) :