



CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL

15 rue du Docteur Marcland
87025 LIMOGES CEDEX

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

(quel que soit le mode de prise en charge)

PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE DE DOSSIER

Mme Mlle M. Nom : Nom de jeune fille :
Prénom :
Demeurant :
Code Postal : Commune :
Date de naissance : Vivant(e) n° de la carte d'identité :
 Décédé(e) le :

DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUEE PAR (les justificatifs d'identité mentionnant l'adresse sont à joindre dans tous les cas)

Moi-même
 Moi-même, à transmettre au Docteur : Adresse :
 Un tiers
Agissant en tant que personne mandatée par vous-même (demande à joindre)
 ayant-droit (uniquement pour une personne décédée, justificatif à joindre)
 tuteur (pour mineur ou incapable majeur, justificatif à joindre)
Nom : Nom de jeune fille :
Prénom : Date de Naissance :
Demeurant :
Code postal : Commune :
Téléphone : Profession :
N° de la carte d'identité :

NATURE DE LA DEMANDE

Consultation sur place Consultation sur place en présence du médecin Copie du dossier Envoi postal
Date du(es) séjour(s) concerné(s) par la demande du dossier :
Nom du médecin pour la consultation sur place (s'il y a lieu) : Médecin de l'établissement
Motif de la demande (1) (dans le cas où la personne est décédée) :
Qualité du successeur légal (dans le cas d'une personne décédée et joindre le justificatif) :

IMPORTANT : la reproduction et l'envoi des documents seront facturés au demandeur (article L. 1111-7 du CSP). La consultation sur place est gratuite.

Fait à le
Signature du demandeur :

Demande reçue le :