



CENTRE HOSPITALIER ESQUIROL

15 rue du Docteur Marcland-BP 61730
87025 LIMOGES CEDEX

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

(Quel que soit le mode prise en charge)

PATIENT CONCERNÉ PAR LA DEMANDE DE DOSSIER

Mme Mlle M. Nom : Nom de naissance :

Prénom :

Demeurant :

Code Postal : Commune :

Date de naissance : Vivant(e) n° de la carte d'identité :

Décédé(e) le :

DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUÉ 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, concubin, partenaire du PACS (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 consultation sur place et la reproduction d'une première copie des données médicales sont gratuites. Des frais de reproduction seront facturés au tarif en vigueur, dans le cas d'une demande d'une copie supplémentaire des documents.

Les frais postaux d'envoi seront facturés qu'il s'agisse de la demande d'une première copie ou d'une copie supplémentaire des documents.

Fait à Le

Signature du demandeur :

Demande reçue le :