



CENTRE HOSPITALIER DE LA BASSE-TERRE

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

Madame, Monsieur,
Vous sollicitez l'accès (consultation et/ou copie) d'un dossier patient. Nous vous remercions de bien vouloir compléter et retourner ce formulaire accompagné des pièces requises au service usagers

I- Identité du demandeur

Je soussigné (e) Mme/M (nom, prénom, nom de jeune fille) : Né (e) :
Domicilié(e) à :

Agissant en tant que :

- patient
 représentant légal (père, mère, tuteur) de : (nom, prénom)
 ayant droit de : (nom, prénom, nom de jeune fille du défunt)
 mandataire : (nom, prénom)
Né(e) le décédé(e) le

Motif de la demande de communication (pour les ayants droits) :

- Connaitre les causes du décès
 Faire valoir ses droits
 Défendre la mémoire d'un défunt

II- Demande la communication des documents suivants :

- le compte rendu d'hospitalisation du au
 autre document, à préciser :
 le dossier :

Renseignements pour la recherche du dossier :

Date(s) d'hospitalisation : Service(s) d'hospitalisation :

III- Merci de cocher votre choix parmi les modalités suivantes et de bien préciser vos coordonnées téléphoniques :

- Je choisis la consultation de mon dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier
Merci de me contacter pour un rendez vous au ☎ :
- Je choisis de récupérer sur place les photocopies des documents :
Merci de me contacter pour un rendez vous au ☎ :
- Je demande l'envoi postal des documents à mes frais à l'adresse ci-dessus ;

Je peux désigner un médecin comme intermédiaire : Nom, prénom, adresse, coordonnées téléphoniques :

Le présent formulaire, dûment rempli, est accompagné dans tous les cas :

- 1) de la photocopie de la carte d'identité nationale ou du passeport;
- 2) de la copie du livret de famille pour les représentants légaux et de la copie du certificat d'hérédité pour les ayants droit (Art 1- décret du 29.04.2002 et le motif par écrit)

L'hôpital vous contactera pour :

- Fixer un rendez-vous pour la consultation ou la récupération du dossier ;
- Vous informer du coût total de la reproduction du dossier et, le cas échéant, des frais d'envoi, qui sont à votre charge :
 - format A4 0.21€, recto-verso 0.42€,
 - format A3 0.22€, recto-verso 0.44€,
 - coût de réalisation.

Fait à, Le/...../20

Signature du demandeur

Contact : usagers@ch-labasseterre.fr – Service usagers 0590805454 poste 5114

- ✓ Les informations contenues dans le dossier patient et faisant l'objet d'une communication sont strictement personnelles.
- ✓ Toute décision administrative est susceptible de faire l'objet d'un recours gracieux auprès de la direction ou d'un recours contentieux auprès de la juridiction administrative.