

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

PATIENT

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse :

.....

Date de naissance : / /

Mail : Téléphone :

AUTRE DEMANDEUR (à remplir si différent du patient)

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse (si différente) :

.....

Mail : Téléphone :

Qualité du demandeur :

- ☐ Tuteur
- ☐ Titulaire de l'autorité parentale
- ☐ Si mandataire, précisez :
 - ☐ Avocat
 - ☐ Médecin traitant
 - ☐ Mandataire d'habilitation familiale générale

PERIODES ET SERVICES

Date d'entrée	Date de sortie	Unité d'hospitalisation

MODE DE COMMUNICATION

- ☐ Envoi à votre domicile
☐ Consultation sur place (le rendez-vous sera fixé par le secrétariat en présence du médecin du CHU)
☐ Remise en main propre dans le service médical concerné
☐ Envoi au mandataire de votre choix :

• Nom du mandataire :

• Adresse du mandataire :

.....
.....

PIECES OBLIGATOIRES A FOURNIR (en cours de validité)

JE SUIS

JE FOURNIS LES COPIES DES DOCUMENTS SUIVANTS :

Patient	Ma pièce d'identité recto-verso
Titulaire de l'autorité parentale (cas du patient mineur)	- Pièce d'identité du mineur recto-verso - Livret de famille (extrait) portant mention des parents et de l'enfant concerné - Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou séparation
Tuteur ou mandataire d'habilitation familiale générale	- Pièce d'identité du patient recto-verso - Carte d'identité du demandeur et/ou carte professionnelle - Jugement prononcé de la mesure
Mandataire (avocat ou médecin)	- Pièce d'identité du patient recto-verso - Carte d'identité du mandataire - Carte professionnelle du mandataire - Procuration motivée et signée par le mandant

Ce formulaire ainsi que les pièces jointes sont à envoyer par mail ou courrier au secrétariat médical du(des) service(s) concerné(s) dont les coordonnées sont consultables sur le site internet de l'établissement (www.chu-nice.fr).

En cas de difficulté rencontrée ou d'insatisfaction de la réponse apportée par le(s) service(s), vous pouvez saisir la Commission des Usagers par mail (cdu@chu-nice.fr) ou par courrier (CHU de Nice - Hôpital de Cimiez - CDU- CS 91179 - 06003 Nice Cedex 1).

Conformément aux dispositions applicables, la première copie du dossier médical est fournie gratuitement au demandeur.

En cas de demandes répétées ou supplémentaires, des frais correspondants aux coûts de reproduction et d'envoi pourront être facturés.

Je reconnais accepter les conditions précitées de communication du dossier médical. Je suis informé(e) que les tarifs des copies sont consultables sur le site Internet du CHU de Nice ou sur simple demande auprès du(des) secrétariat(s) concerné(s). Une fois ce document dûment complété, signé et renvoyé, un devis me sera adressé le cas échéant, après l'évaluation réalisée par le(les) service(s) médical(aux). A défaut de l'accepter, je reconnais avoir été informé(e) qu'aucune copie de pièce ne me sera transmise.

A,

Signature du demandeur

Le