



PATIENT CONCERNE (A COMPLETER OBLIGATOIREMENT)

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance :

Date de naissance : *décédé(e)* Date du décès :

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

➔ **Justificatif à fournir : joindre une copie d'une pièce d'identité**

A compléter uniquement si le patient n'est pas le demandeur (Représentant légal du mineur - Tuteur - Ayant droit (pour patient décédé))

NOM d'usage et Prénoms :

Nom de naissance :

Adresse :

Téléphone : Email (@) :

Qualité du demandeur :

conjoint père mère fils fille frère sœur tuteur autre à préciser :

Représentant légal du mineur	Ayants droits (patient décédé)	Tuteur
<p>➔ Joindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie d'une pièce identité <u>du représentant légal + du patient</u> + - une copie du livret de famille + - une copie de justification de l'autorité parentale en cas de divorce/séparation. 	<p>➔ 1 - préciser le motif de la demande :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> faire valoir nos droits <p>➔ 2 - joindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie d'une pièce identité <u>de l'ayant droit + du patient</u> + - une copie du livret de famille + - un certificat d'hérédité (succession simple) ou un acte de notoriété (succession complexe) 	<p>➔ Joindre :</p> <ul style="list-style-type: none"> - une copie d'une pièce identité <u>du tuteur + du patient</u> + - une copie du jugement de tutelle

PERIODES ET SERVICES FAISANT L'OBJET DE LA DEMANDE

Période / Année d'hospitalisation ou de consultation	Précisez : 	<input type="checkbox"/> inconnu
Service d'hospitalisation ou de consultation	Précisez : 	<input type="checkbox"/> inconnu

Votre demande concerne une expertise : oui date : non

DESIGNATION DES PIECES SOUHAITEES POUR LA COPIE

Comptes rendus d'hospitalisation Comptes rendus opératoires Comptes rendus de consultation

Dossier de soins Résultats de laboratoire

Autres, précisez :

Recevoir les radiographies originales et dégage l'hôpital de Mauléon de toute responsabilité quant à la conservation des dites radios

Je ne souhaite pas recevoir les radiographies

MODE DE COMMUNICATION

Les frais de reproduction du dossier médical sont de 0,18€ par page et l'envoi en recommandé avec accusé de réception sont à la charge du demandeur. Si aucune photocopie n'est réalisée, la consultation sur place est gratuite.
La facture sera adressée ultérieurement par la Trésorerie Principale

Consultation sur place avec accompagnement médical

(le rendez-vous avec le médecin sera fixé par le secrétariat du service concerné)

Transmission de la copie des documents demandés selon l'une des modalités suivantes :

Envoi postal à l'adresse suivante :

Adresse :

Envoi à un médecin de mon choix

Médecin désigné :

Adresse :

Récupération de la copie au service qualité sur le site (rendez-vous fixé par le service qualité)

Récupération de la copie de préférence dans le service concerné (rendez-vous fixé par le service qualité en accord avec le service)

DONNE MANDAT A : (⇒ joindre **une copie d'une pièce d'identité de la personne mandatée**)

A compléter uniquement si vous ne pouvez pas vous déplacer et que vous décidez de mandater une tierce personne pour accéder à vos données de santé

NOM et Prénoms :

Nom de naissance :

Date de naissance : Téléphone :

Adresse :

Je soussigné(e) :

atteste l'exactitude des renseignements donnés et accepte les frais afférents à la demande.

Pour valoir ce que de droit, **demande faite à** : **le** : -----/-----/-----

Signature du demandeur

A renvoyer dans les 30 jours ⁽¹⁾ **accompagné des pièces justificatives** :

Par courrier :	Hôpital de Mauléon – 6 rue du chemin vert BP 24001 – 79700 Mauléon
Par email :	s.medicale@hopital-mauleon.fr
Informations complémentaires :	05.49.81.40.47

(1) Le non renvoi de ce document sous 30 jours entraînera la clôture de votre demande