

FORMULAIRE D'ACCÈS AU DOSSIER PATIENT PAR TIERS AUTORISÉ ET/OU MANDATÉ

Imprimé à retourner complété et signé au Secrétariat de Direction- Centre Hospitalier Comminges-Pyrénées Avenue Simone Veil BP 183 – 31806 SAINT-GAUDENS CEDEX ou par mail direction@ch-saintgaudens.fr

N'oubliez pas de joindre la **photocopie de votre pièce d'identité en cours de validité et un justificatif de domicile**

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom de naissance :

Nom usuel, prénom **et** date de naissance :

â (Domicile ou portable) :

IDENTITE DU PATIENT CONCERNE

Nom de naissance :

Nom usuel, prénom **et** date de naissance :

QUALITE DU DEMANDEUR

Précisez votre qualité d'ayant droit :

- Titulaire de l'autorité parentale : Père Mère

Fournir copie du livret de famille, en cas de divorce : fournir l'ordonnance du Juge aux Affaires Familiales et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport)

- Déléataire de l'autorité parentale

Fournir la décision du Juge aux Affaires Familiales et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport)

- Tuteur

Fournir l'ordonnance du Juge des Tutelles et la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport).

- Personne mandatée par le patient

Fournir la photocopie de la pièce d'identité recto-verso (Carte d'identité ou passeport) du patient et de la personne mandatée

Partie à compléter par le patient :

« Je soussigné, (nom, nom de jeune fille et prénom du patient).....

Né (e) le/...../..... autorise (nom, prénom du mandaté) à solliciter auprès du Directeur du Centre Hospitalier Comminges Pyrénées l'accès à mon dossier médical.

Fait le À

Nom et signature du patient.

Partie à compléter par la personne mandatée :

« Je soussigné, (nom, nom de jeune fille et prénom du mandaté)
.....

Certifie n'avoir aucun conflit d'intérêt ni défendre d'autres intérêts que ceux de (nom, prénom du patient)

Fait le À

Nom et signature du mandaté.

MODALITES DE COMMUNICATION

- Je souhaite une consultation sur place gratuite avec le :** médecin du service d'hospitalisation
 Médiateur médical
 Médiateur non médical

Je viendrai : seul accompagné

Je souhaite un envoi postal de copies : en recommandé avec AR à vos frais (*)

Je souhaite venir chercher les copies au Centre Hospitalier sans consultation sur place

Je souhaite venir chercher les copies au Centre Hospitalier avec consultation sur place

** Les copies envoyées en recommandé avec accusé de réception garantissent au mieux la confidentialité de l'envoi.*

Nous vous rappelons que toute reproduction est à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique).

- 0.18 centimes la copie papier A4
- 0.36 centimes la copie papier A3
- 2.75 € le CDROM
- 7 € les frais d'envoi postal

Le Centre Hospitalier ne réalisera les copies demandées qu'après examen de votre demande et réception de votre paiement (cette information vous sera communiquée prochainement).

Fait à : Le :

Signature :