

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS AU DOSSIER MÉDICAL - PATIENT

PATIENT

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Adresse mail :

Tél :

QUALITÉ DU DEMANDEUR

Vous êtes le patient

Vous êtes le titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur

Attention : le mineur peut refuser l'accès à ses informations personnelles médicales lorsque les soins dont il a bénéficié ont été réalisés à sa demande, sans le consentement ou à l'insu de ses représentants légaux.

Vous êtes tuteur d'une personne sous tutelle

JUSTIFICATIFS À FOURNIR

- Copie d'une pièce d'identité en cours de validité (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour)

- Copie de votre pièce d'identité et de celle du mineur, en cours de validité (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour)
- Copie du livret de famille ou décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale

- Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient, en cours de validité (carte d'identité recto verso, passeport, titre de séjour)
- Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur

INFORMATIONS DEMANDÉES

- Copies de l'intégralité des séjours effectués au GHM de Grenoble**
- Copies de l'intégralité d'un séjour en particulier :**

- Service :

- Nom du médecin/chirurgien :

- Séjour du au

Copies de certaines pièces seulement en précisant la date :

- Compte-rendu d'hospitalisation/Courrier de sortie.....
- Compte-rendu opératoire/d'accouchement.....
- Compte-rendu d'anatomopathologie.....
- Fiche d'anesthésie.....
- Résultats d'imagerie.....
- Résultats biologiques
- Autres (à préciser) :

MODALITÉS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDÉES

**Simple consultation dans
les locaux du service**

- Seul(e)
- Accompagnement médical
- Accompagnement par une tierce personne

OU remise de copies

Tel que le prévoit l'article L1111-7 du code de la santé publique, les frais de copie de votre dossier et de son expédition sont à votre charge : **0,18€ par copie +/- coût d'affranchissement de l'accusé/réception selon le tarif postal en vigueur.**

- Enlèvement sur place sur rendez-vous uniquement
- Enlèvement sur place par une personne mandatée par vos soins sur rendez-vous uniquement (la personne doit venir avec une pièce d'identité et une procuration signée de votre main)
- Envoi en recommandé avec accusé de réception chez votre médecin (coût des copies et envoi courrier RAR en supplément à votre charge)

NOM du médecin :

Adresse du médecin :

.....

Par la présente, je demande la communication des informations précisées ci-dessus, et m'engage à payer l'ensemble des frais (copie et des frais d'envoi) le cas échéant.

Fait à Le

Signature du demandeur :

DOCUMENT À RETOURNER A L'ADRESSE SUIVANTE :

Département D'Information Médicale
Référénte des demandes de dossiers médicaux
Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble
8 rue du Docteur Calmette CS 10043
38028 Grenoble cedex 1
Ou par mail : ghm.grenoble.ddm@avec.fr