

Dossier Médical détenu par le Centre Hospitalier d'Auxerre
Demande de communication totale ou partielle
Par le **REPRESENTANT LEGAL**
D'UNE PERSONNE MAJEURE PROTEGEE

1. Identité de la personne majeure représentée

Nom et prénom : _____
Nom de naissance : _____
Date et lieu de naissance : _____ / _____ / _____ A _____

2. Identité du représentant légal

Nom et prénom du demandeur : _____
Date et lieu de naissance : _____ / _____ / _____ A _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Adresse Mail : _____

3. Hospitalisation (s) ou consultation (s) concernée (s)

Date(s) ou année (s) de(s) hospitalisation(s) : _____ Service : _____
Date(s) ou année (s) de(s) consultation(s) : _____ Service : _____

4. Dossier médical de la personne majeure = je demande

☐ A recevoir une copie des documents ci-après désignés (liste non exhaustive)

- | | |
|--|--|
| ☐ Compte-rendu d'hospitalisation | ☐ Compte-rendu de consultation |
| ☐ Compte-rendu opératoire | ☐ Compte-rendu d'examen |
| ☐ Clichés ou ☐ CD d'imagerie (radiologie, scanner, IRM...) | ☐ Résultats biologiques (laboratoire) |
| ☐ Compte-rendu d'imagerie (radiologie, scanner, IRM, échographie...) | |

Autres : _____

5. Modalités de retrait de la copie des éléments du dossier médical de la personne majeures

- ☐ Mise à ma disposition au secrétariat clientèle (niveau -2) – RDV à définir ensemble
☐ Envoyer par pli recommandé avec Accusé Réception
☐ Envoyer par pli simple
☐ Envoyer par mail (messagerie sécurisée)

6. Tarifs

Je suis informé(e) que les frais de reproduction et d'expédition de ces documents ne me seront pas facturés dans le cas d'une première demande. En cas de réédition, ceux-ci me seront facturés après service fait sur la base des tarifs fixés par le Directeur du Centre Hospitalier d'Auxerre.

Date : _____ Signature : _____

Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce document, n'hésitez pas à nous contacter au 03.86.48.47.66 de 8h45 à 11h45 et de 13h30 à 15h30

JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE LA COPIE DE LA DECISION DE JUSTICE RELATIVE A LA PROTECTION DE LA PERSONNE, DU MANDAT CONFIE PAR DECISION DE JUSTICE ET DE VOTRE PIECE D'IDENTITE (en cours de validité)

Demande à renvoyer par lettre simple à :

Ou

Demande à renvoyer par mail à :

Madame la Directrice de la Clientèle - Service "Dossiers Médicaux"
Centre Hospitalier - 2 Boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 AUXERRE Cedex

contactusager@ch-auxerre.fr