Groupe Hospitalier
LOOS HAUBOURDIN

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

INFORMATION SUR LA PERSONNE HOSPITALISEE OU HEBERGEE

☐ Mme ☐ Mlle ☐ M. Nom : ..... Nom de jeune fille : .....
Prénom : .....

Demeurant :

.....

.....

Code postal : .....Commune :.....

Date de naissance : .....

☐ Vivant(e), n° de sécurité sociale.....

☐ Décédé(e) le .....

DEMANDE DE DOSSIER EFFECTUEE PAR *(les justificatifs d'identité mentionnant l'adresse sont à joindre dans tous les cas)*

☐ Le patient / le résident lui même

☐ Le patient / le résident lui-même, à transmettre au Docteur : .....adresse :.....

.....

☐ Un tiers

Agissant en tant que

☐ Personne mandatée par le patient ou le résident lui-même (demande à joindre)

☐ Ayant-droit, concubin ou partenaire lié par un PACS (uniquement pour une personne décédée, justificatif à joindre)

☐ Tuteur (pour incapable majeur, justificatif à joindre)

Nom : .....Nom de jeune fille : .....Prénom :.....

Date de naissance : .....

Demeurant :.....

.....

Code postale : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Profession : .....

NATURE DE LA DEMANDE

☐ Consultation sur place ☐ Consultation sur place en présence d'un médecin ☐ Copie du dossie ☐ Envoi postal

Date du(es) séjour(s) concernés par la demande de dossier :.....

Nom du médecin pour la consultation sur place (s'il y a lieu) : .....☐ Médecin de l'établissement

Motif de la demande (dans le cas d'une personne décédée) :

☐ Faire valoir un de vos droits, précisez lequel :.....

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt, pour quel motif : .....

Qualité du successeur légal (dans le cas d'une personne décédée et joindre un justificatif) :.....

Important : *La reproduction et l'envoi des documents seront facturés au demandeur (art. L.1111-7 du CSP). La consultation sur place est gratuite.*

Fait à ..... le .....

Signature du patient ou du résident concerné par le dossier ou son ayant droit :

Pour donner suite à votre demande, il est impératif de joindre :

- ***un courrier contenant la demande argumentée et détaillée et les éléments que vous souhaitez consulter***
- ***une copie de votre pièce d'identité***
- ***une copie d'une pièce justifiant votre qualité d'ayant droit (copie d'extrait d'acte de naissance ou copie de l'acte de notoriété)***

Formulaire à envoyer par courrier recommandé à la Direction du GHLH à l'adresse suivante :
20, rue Henri Barbusse, BP 57, 59374 LOOS Cedex