



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER

***Patient lui-même majeur non protégé
Mineur émancipé***

Afin de faciliter le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à :

Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles - « Les Hautois »
Monsieur le Directeur
Place de la IVème République
62590 OIGNIES

VEUILLEZ INDIQUER :

Nom d'usage :

Nom de naissance :

Prénom :

Tél :

Adresse :

Date de naissance :

PIECES DU DOSSIER QUE VOUS DEMANDEZ :

- La totalité du dossier

- Certaines parties du dossier

Dans ce cas, préciser Date - service d'hospitalisation - Médecin :

.....

MODALITES DE COMMUNICATION QUE VOUS SOUHAITEZ

Par envoi postal de copies Remise du dossier en main propre

Par consultation sur place Par consultation sur place avec photocopies de documents remis

En cas de consultation sur place, vous avez la possibilité d'être accompagné par un médecin de l'Etablissement

Désirez-vous qu'un médecin de l'établissement vous accompagne lors de la consultation de votre dossier ?

Oui Non

PIECES JUSTIFICATIVES D'IDENTITE A FOURNIR

- Copie d'un justificatif d'identité (Carte d'identité, passeport ou titre de séjour)

RAPPEL

Les informations auxquelles vous accédez sont strictement personnelles et pourraient être utilisées par des tiers à vos dépends (famille, entourage, employeur, banquier, assureur...).

FRAIS : La reproduction et l'envoi de tout ou partie du dossier vous seront facturés :

🔗 **Montant par copie : 0,18 €**

Date :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES A UN DOSSIER

Par un tiers

Afin de faciliter le traitement de votre demande, veuillez remplir le formulaire ci-dessous et le transmettre à :

Centre de Rééducation et de Réadaptation Fonctionnelles - « Les Hautois »
Monsieur le Directeur
Place de la IVème République
62590 OIGNIES

VEUILLEZ INDIQUER :

Votre nom d'usage : Votre nom de naissance :
Votre prénom : Votre adresse :

DOSSIER CONCERNE :

Nom d'usage : Nom de naissance :
Prénom : Sa date de naissance :
Date - Service d'hospitalisation - Médecin :

Dans les options suivantes, veuillez préciser votre situation par rapport à la personne concernée par le dossier et fournir les justificatifs nécessaires :

<input type="checkbox"/> VOUS ETES UN AYANT DROIT D'UN PATIENT DECEDE	<p align="center">Justificatifs à fournir</p>
Préciser votre lien de parenté : Préciser le motif de votre demande parmi les trois possibilités : - connaître la cause du décès <input type="checkbox"/> - défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> - faire valoir vos droits <input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> ☞ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ☞ Document justifiant votre qualité d'ayant droit (certificat d'hérédité pour les conjoints, extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille...)
<input type="checkbox"/> VOUS ETES LE TUTEUR DU PATIENT	<p align="center">Justificatifs à fournir</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ☞ Copie du document justifiant votre statut de tuteur
<input type="checkbox"/> VOUS ETES MEDECIN DESIGNE COMME INTERMEDIAIRE PAR UN PATIENT	<p align="center">Justificatifs à fournir</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ☞ Copie de votre inscription au conseil de l'ordre (sauf si vous êtes médecin militaire) ☞ Document écrit du patient vous désignant comme médecin intermédiaire
<input type="checkbox"/> VOUS ETES DETENTEUR DE L'AUTORITE PARENTALE DU MINEUR POUR LEQUEL VOUS DEMANDEZ LE DOSSIER	<p align="center">Justificatifs à fournir</p> <ul style="list-style-type: none"> ☞ Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour) ☞ Copie du livret de famille ☞ Copie du jugement certifiant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale (en cas de séparation)

MODALITES DE COMMUNICATION QUE VOUS SOUHAITEZ

- Par envoi postal de copies Remise du dossier en main propre
 Par consultation sur place Par consultation sur place avec photocopies de documents remis

En cas de consultation sur place, vous avez la possibilité d'être accompagné par un médecin de l'Etablissement

Désirez-vous qu'un médecin de l'établissement vous accompagne lors de la consultation de votre dossier ?

- Oui Non

FRAIS : La reproduction et l'envoi de tout ou partie du dossier vous seront facturés :

☞ **Montant par copie : 0,18 €**

Date :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :