



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 :

Polyclinique d'Hénin-Beaumont  
Madame la Directrice  
110 route de Courrières – B.P. 20199  
62254 HENIN-BEAUMONT  
[eHB\\_mTIM@ahnac.com](mailto:eHB_mTIM@ahnac.com)

**VEUILLEZ INDIQUER**

Nom d'usage : \_\_\_\_\_

Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

**PIECES DU DOSSIER QUE VOUS DEMANDEZ**

- La totalité du dossier
- Certaines parties du dossier

Dans ce cas, précisez date – service d'hospitalisation – médecin :

\_\_\_\_\_

**MODALITES DE COMMUNICATION QUE VOUS SOUHAITEZ**

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

Pièces justificatives d'identité à 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...).

Les éléments demandés vous seront transmis dans un délai de 48H minimum.

**FRAIS :** 0,18€ par page. La 1<sup>ère</sup> demande est exonérée. Les demandes suivantes : un recto-verso est facturé 2x 0,18cts + frais d'envoi

**Date :** \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur :**

**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 :

Polyclinique d'Hénin-Beaumont  
Madame la Directrice  
110 route de Courrières – B.P. 20199  
62254 HENIN-BEAUMONT  
[eHB\\_mTIM@ahnac.com](mailto:eHB_mTIM@ahnac.com)

**VEUILLEZ INDIQUER :**

Votre nom d'usage : \_\_\_\_\_ Votre nom de naissance : \_\_\_\_\_

Votre prénom : \_\_\_\_\_ Votre adresse : \_\_\_\_\_

**DOSSIER CONCERNE :**

Nom d'usage : \_\_\_\_\_ Nom de naissance : \_\_\_\_\_

Votre 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 êtes un ayant droit d'un patient décédé	Justificatifs à fournir
Préciser votre lien de parenté : Préciser le motif de votre demande parmi les trois possibilités : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Connaître la cause du décès</li> <li><input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt</li> <li><input type="checkbox"/> Faire valoir vos droits</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour)</li> <li><input type="checkbox"/> Document justifiant votre qualité d'ayant droit (certificat d'hérédité pour les conjoints, extrait d'acte de naissance, copie du livret de famille...)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Vous êtes le tuteur du patient	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour)</li> <li><input type="checkbox"/> Copie du document justifiant votre statut de tuteur</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Vous êtes médecin désigné comme intermédiaire par un patient	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour)</li> <li><input type="checkbox"/> Copie de votre inscription au conseil de l'ordre (sauf si vous êtes médecin militaire)</li> <li><input type="checkbox"/> Document écrit du patient vous désignant comme médecin intermédiaire</li> </ul>
<input type="checkbox"/> Vous êtes détenteur de l'autorité parentale du mineur pour lequel vous demandez le dossier	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Copie d'une pièce d'identité (Carte d'identité, Passeport ou Titre de séjour)</li> <li><input type="checkbox"/> Copie du livret de famille</li> <li><input type="checkbox"/> Copie du jugement certifiant que vous êtes détenteur de l'autorité parentale (en cas de séparation)</li> </ul>

**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

**RAPPEL :** Les éléments demandés vous seront transmis dans un délai de 48H minimum.

**FRAIS :** 0,18€ par page. La 1<sup>ère</sup> demande est exonérée. Les demandes suivantes : un recto-verso est facturé 2x 0,18cts + frais d'envoi

Date : \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur :**