

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL D'UN MINEUR OU D'UN MAJEUR PROTEGE

- Modalités de communication et tarifs 2023 -

Je soussigné(e), Madame, Monsieur,

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Né(e) le : A :
 Adresse :
 Code postal : Ville :
 Téléphone :

demande l'accès au dossier médical de :

Nom : Prénom :
 Né(e) le :
 Hospitalisé(e) dans le(s) service(s) :

en qualité de:

- titulaire de l'autorité parentale (*joindre une copie recto verso d'une pièce d'identité et d'un justificatif de la qualité de titulaire de l'autorité parentale (livret de famille, acte de naissance, jugement de divorce...)*)
- représentant légal (*joindre une copie recto verso d'une pièce d'identité et de la décision de mise sous tutelle*)

Mode de consultation choisi : (*case à cocher*)

- la consultation des documents dans le service en présence d'un médecin
- la consultation des documents dans le service sans accompagnement
- l'envoi d'une copie des documents à mon adresse personnelle

Je suis informé(e) que :

- les copies ordinaires sont facturées à la page soit, 0,50 €
- les copies sur papier 160g sont facturées à la page soit, 0,55 €
- les copies de clichés radiologiques sont réalisées soit sur papier 160g soit sur CD : 4,50 €

L'envoi est réalisé en lettre recommandée avec accusé de réception et facturé :

| Recommandé | R1 (indemnisation 16 €) |
|--------------|-------------------------|
| Jusqu'à 20 g | 6,03 € |
| 20 à 50 g | 6,72 € |
| 50 à 100 g | 7,43 € |
| 100 à 250 g | 8,82 € |
| 250 à 500 g | 10,15 € |
| 500 g à 1kg | 11,50 € |
| 1kg à 2kg | 13,39 € |

Je suis également informé(e) du caractère strictement personnel des informations qui me seront données et des précautions que je dois prendre vis-à-vis de tiers (famille, entourage, employeur, banque, assurances...) qui seraient susceptibles de les utiliser à mon détriment.

Fait à _____, le _____

Signature :