Information des usagers CHAC-FOR-441 Indice 5	**formulaire-CHAC** Demande d'accès aux informations relatives à la santé d'une personne mineure (vivante ou décédée) ou majeure protégée

Monsieur Le Directeur,

Je vous prie de bien vouloir me communiquer les éléments de dossier médical selon les modalités définies ci-dessous.
Je m'engage à régler les frais éventuels de duplication et d'envoi qui seront à ma charge.
A ..... Le .....
Signature du demandeur :

Joindre la photocopie de la pièce d'identité du demandeur

IDENTITE DU PATIENT:

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

Le(s) service(s) hospitalier concerné(s) : .....

IDENTITE DU DEMANDEUR OU DU REPRESENTANT LEGAL DU DEMANDEUR :

Nom ..... Prénom : .....

Nom de jeune fille : ..... Date de naissance : .....

N° Téléphone (fixe): ..... Mobile : .....
Adresse :

.....

QUALITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR : Fournir le justificatif (copies du livret de famille, ordonnances du juge aux affaires familiales, du juge des enfants, du juge des tutelles)

☐ Titulaire de l'autorité parentale ☐ Délégataire de l'autorité parentale
☐ Tuteur
☐ Autres, précisez : .....

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES :

Afin de traiter au mieux votre demande, merci de nous préciser :
Le(s) service(s) hospitalier concerné(s) : .....
La(les) période(s) :
.....
.....
.
.....
.

À adresser à : Monsieur Le Directeur du Centre Hospitalier Ariège Couserans Département de l'Information Médicale BP 60111 09201 Saint Girons Cedex. Toute reproduction vous sera facturée 0,22 centimes la copie papier 5,45 € le Cd-rom, majoré de 10,70 € de frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception. Les documents seront envoyés à réception de votre paiement.

Pièces souhaitées :

☐ Compte-rendu de consultation ☐ Compte-rendu d'hospitalisation
☐ Compte-rendu opératoire ☐ Imagerie (Radios, scanners, IRM)
☐ Autres, précisez : .....
.....

.....
.

Modalités de communication : (Ne cocher qu'une seule modalité)

☐ Retrait sur place (Pas de frais d'envoi)
☐ Envoi à mon domicile : Le dossier vous parviendra en recommandé avec accusé de réception ☐ Envoi au médecin de mon choix :

Nom et adresse :

.....
...
.....
...

À adresser à : Monsieur Le Directeur du Centre Hospitalier Ariège Couserans Département de l'Information Médicale BP 60111 09201 Saint Girons Cedex. Toute reproduction vous sera facturée 0,22 centimes la copie papier 5,45 € le Cd-rom, majoré de 10,70 € de frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception. Les documents seront envoyés à réception de votre paiement.