

DEMANDE D'ACCÈS À MON DOSSIER PATIENT



Pour que votre demande soit complète, n'oubliez pas de joindre, les documents justifiant de votre identité : la photocopie de **votre pièce d'identité** (ou passeport) au nom du patient et une au nom du demandeur/représentant légal, auxquels s'ajouteront le cas échéant : la copie du livret de famille, la copie de jugement de tutelle, un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom. **À savoir** : Le dossier médical est conservé pour **une durée de 28 ans** à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation.

IDENTITÉ DU PATIENT

Nom de naissance (*en majuscules*) : Nom usuel :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Ville : Code postal :
Adresse mail :
Numéro de téléphone (*domicile et/ou portable*) :

QUALITÉ DU DEMANDEUR (Si le demandeur est différent du patient)

Père Mère Tuteur/Représentant légal Mandataire

Nom de naissance (*en majuscules*) : Nom usuel :
Prénom :
Adresse :
Ville : Code postal :
Adresse mail :
Numéro de téléphone (*domicile et/ou portable*) :

LISTE DES DOCUMENTS MÉDICAUX DEMANDÉS

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de nous préciser :

- **La-es période-s** de consultation ou d'hospitalisation concernée-s :
.....
- Les pièces souhaitées : Compte rendu : de consultation d'hospitalisation
 Autres documents (*Précisez*) :
.....

MODALITÉS DE COMMUNICATION (un seul choix)

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de nous préciser :

- Envoi postal à l'adresse du demandeur** (*À savoir : les frais de copie et d'envoi sont facturables*)
- Remise des copies sur place au CMPR**
- Consultation sur place, au CMPR, sans remise de copies**

Ce document est à retourner rempli et signé à l'adresse mail suivante : **cmpr@association-penbron.fr**
ou à l'adresse suivante : **CMPR Côte d'Amour 57, rue Michel Ange CS 1204, 44616 Saint-Nazaire CEDEX**

Date :

Signature :