



COMMUNICATION DOSSIER MEDICAL

Formulaire patient/ représentant légal /mandataire

Je demande la communication de la copie de mon dossier médical :

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

Je demande la communication de la copie du dossier médical de :

Nom : Prénom :
Nom de jeune fille : Date de naissance : / /
Lien de parenté :

En ma qualité de : Représentant légal Mandataire

Je choisis :

- De désigner, en qualité de destinataire des documents médicaux, le Docteur (Nom et adresse précise)
- De recevoir ces informations par envoi postal à mon domicile (merci de bien indiquer votre adresse au Verso de ce document).
- De venir consulter **mon dossier médical** ou **celui de mon enfant mineur** ou **celui du patient majeur dont je suis le tuteur légal** sur place auprès du ou des service(s) hospitalier(s) concerné(s) et en présence, si souhaité, d'un médecin hospitalier (*Le médecin de l'hôpital peut recommander, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant médical de votre choix*).

Je sollicite :

- La copie des documents médicaux suivants :
- La copie des éléments essentiels du dossier médical

Je joins à ma demande **un chèque de 11€** (*tarifs fixes correspondants aux frais de reproductions et d'envois*) libellé à l'ordre du Trésor Public du CHU de Grenoble.

Le dossier dans son intégralité

Je joins à ma demande **un chèque de 22€** (*tarifs fixes correspondants aux frais de reproductions et d'envois*) libellé à l'ordre du Trésor Public du CHU de Grenoble



COMMUNICATION DOSSIER MEDICAL

Renseignements facilitant la recherche du dossier :

Date (ou année) d'hospitalisation :

Services :

Médecin hospitalier ayant assuré la prise en charge :

Indiquez :

Votre nom :

Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Fait à :

Le

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus

Signature

Pièces à joindre

- Dans tous les cas, copie de votre carte d'identité

- **Pour les représentants légaux d'un mineur**, d'une copie d'un document attestant de votre autorité parentale (livret de famille **complet**, extrait d'acte de naissance avec filiation, jugement, ...),

- **Pour les représentant légaux d'un majeur sous tutelle**, d'une copie du jugement de tutelle,

- **Pour les mandataires**, courrier du patient vous mandatant et copie recto verso de la pièce d'identité du mandataire et du mandant

Documents à retourner à :

1 - Pour les patients du site de Grenoble : Madame la Directrice Générale **DOSSIERS MEDICAUX** - C.H.U. de GRENOBLE ALPES - C.S. 10217 38043 GRENOBLE CEDEX 9

2 - Pour les patients du site de Voiron : Cellule communication du dossier médical - CH VOIRON – BP 208 – 38506 VOIRON CEDEX

3 - Pour les patients relevant des deux sites, au choix du demandeur à l'adresse 1 ou 2

NB : s'agissant du site de Grenoble : si plusieurs services de soins sont concernés par votre demande de communication de dossier médical, vous recevrez autant de courriers qu'il y a de services concernés