



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 10€ (*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 20€ (*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 GRENOBLE, site de Voiron – CS 10 217 – 38043 GRENOBLE Cedex 9

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