



DEMANDE DE COMMUNICATION DE DOSSIER MEDICAL PAR LE PATIENT OU SON REPRESENTANT LEGAL

Je soussigné (e),

Nom : Prénom :

Nom de naissance : Né(e) le .../.../..... Tel :

Domicilié (e) :

Adresse mail.....

Demande à obtenir communication de la copie de mon dossier médical.

Ou du dossier médical de : Nom : Prénom :
Né(e) le .../.../.....

Dont je suis :

- Père, mère
- Mandataire (Tiers autorisé par mandat express du patient)
- Représentant légal (mesure de protection avec représentation à la personne)

De la façon suivante : Envoi des copies à mon adresse par courrier simple en Accusé Réception
 Envoi des copies à mon médecin

(Nom Prénom adresse)

Consultation sur place dans le service en présence d'un médecin hospitalier

Renseignements obligatoires pour faciliter la recherche du dossier (dates et services concernés) :

Date :

Signature :

Ce document est à envoyer à :

CHU DIJON Bourgogne – Archives Centrales – Bâtiment 23F – 14 rue Paul Gaffarel – BP 77908 DIJON Cedex
Ou par mail à l'adresse dossier.patient@chu-dijon.fr

Accompagné des justificatifs suivants :

PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE :

Joindre IMPERATIVEMENT UNE COPIE DE VOTRE PIECE D'IDENTITE

Pour un patient mineur : justificatif de votre autorité parentale (livret de famille, extrait d'acte de naissance, décision de justice)

Pour un patient majeur protégé : copie de la décision prononçant une mesure de représentation à la personne (tutelle, habilitation familiale)

Pour un mandataire : copie du pouvoir rédigé par le patient et de sa pièce d'identité