

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 21079 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