

Demande de communication de dossier médical Par le patient ou son représentant légal

Information sur le patient / résident

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse :

Date de naissance : / /

Mail : Téléphone :

Information sur le demandeur (à remplir si différent du patient / résident)

Nom de naissance :

Nom usuel :

Prénom :

Adresse (si différente) :

Mail : Téléphone :

Qualité du demandeur (cocher la case correspondante):

→ Titulaire de l'autorité parentale : ☐ Père ☐ Mère

Fournir une copie du livret de famille. En cas de divorce : fournir l'ordonnance du juge aux affaires familiales.

→ Déléataire de l'autorité parentale : ☐

Fournir la décision du juge aux Affaires Familiales.

→ Tuteur : ☐

Fournir l'ordonnance du juge des tutelles.

Périodes et services

Date d'entrée	Date de sortie	Unité d'hospitalisation

Motif de la demande

- ☐ Suivi médical extérieur,
- ☐ Expertise, préciser la date :
- ☐ Dossiers MDPH, CPAM
- ☐ Autres : administratifs, déménagement, archives personnelles

Mode de communication

Un seul choix possible : une seule copie des pièces retenues sera réalisée et adressée

☐ Envoi à votre domicile :

☐ Récupérer sur place

☐ Consultation sur place (nous vous contacterons pour fixer un rendez-vous)

☐ Sans accompagnement médical

☐ Avec accompagnement médical

☐ Envoi au médecin de votre choix

• Nom du médecin :

• Adresse du médecin :

Pièces obligatoires à fournir (en cours de validité)

Pour tous	▪ Carte d'identité nationale ou passeport du demandeur ou titre de séjour
Uniquement si représentant légal du mineur	▪ Livret de famille (extrait des pages parents et enfants). Justificatif de l'autorité parentale en cas de divorce ou de séparation
Uniquement si Tuteur	▪ Jugement de tutelle
Mandataire	▪ Mandat du patient

Merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces jointes :

- Pour le Centre hospitalier et les EHPAD Florence Nightingale, Léonce Bajart, Vauban et Les Chênes :

Direction, 90 rue du 8 mai 1945 - 59530 LE QUESNOY

- Pour l'EHPAD Pays de Mormal :

Direction, 11 Av. du Maréchal Foch, 59550 LANDRECIES

IMPORTANT : N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité ainsi que des éventuelles autres pièces demandées.

A : Le :

Signature du patient / résident (ou du demandeur)

Les informations recueillies sur ce formulaire sont conservées au secrétariat de direction. Elles sont conservées 10 ans.

Seules la secrétaire de direction et les personnes en charge de préparer les dossiers y auront accès.

Vous pouvez accéder aux données vous concernant, les rectifier. Pour exercer ces droits ou pour toute question sur le traitement de vos données dans ce dispositif, vous pouvez nous contacter : dpo@ch-lequesnoy.fr

Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits «Informatique et Libertés» ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL