

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER PATIENT

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR

Nom (de naissance) :

Prénom :

Adresse postale :

.....

Numéro de téléphone :

Qualité (préciser en cochant la case correspondante)

- Patient (préciser la date de naissance)
- Titulaire de l'autorité parentale pour un mineur
- Tuteur pour un majeur placé sous tutelle
- Ayant droit du patient décédé
- Médecin désigné comme intermédiaire

SI LE DEMANDEUR EST DIFFERENT DU PATIENT : identification du patient

Nom (de naissance)

Prénom :

Adresse postale :

.....

Date de naissance :

PIECES JUSTIFICATIVES à fournir OBLIGATOIREMENT

- **Dans tous les cas** : une copie de la pièce d'identité en cours de validité recto/verso
- **Pour les titulaires de l'autorité parentale** : copie du livret de famille, en cas de séparation ou divorce : copie de la décision rendue par le tribunal
- **Pour les tuteurs** : copie de la décision rendue par le tribunal
- **En cas de patients décédé pour les ayants droits** : copie du livret de famille ou du PACS + copie de l'acte de décès + acte notarié ou certificat d'hérédité

MOTIF DE LA DEMANDE (mention obligatoire)

.....
.....
.....
.....

NATURE DES DOCUMENTS DEMANDES

.....
.....
.....
.....

MODALITES DE COMMUNICATION (préciser en cochant la case correspondante)

- Consultation sur site sans demande de copies
- Consultation sur site avec demande de copies
- Envoi postal au domicile du demandeur
- Envoi postal au cabinet d'un médecin désigné (préciser son nom et son adresse) :

.....
.....

Fait à :

Le :

SIGNATURE

Ce formulaire est à envoyer par courrier en recommandé avec accusé réception
À l'adresse postale suivante :
Provence Santé Coordination
350, avenue Jean René Guilbert Gauthier de la Lauzière
Parc du golf bâtiment 33
13290 AIX EN PROVENCE