

Centre Hospitalier de Bastia	FORMULAIRE TYPE DE DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL (dossier patient)	DIR-ENG-018
		Version 1.02 Du 24/01/2017 Page 1 sur 1

A adresser : Direction du Droit des Patients - Centre Hospitalier de Bastia – BP 680 20604 Bastia Cedex Tel : 04 95 59 18 70
 mail : dossier-medical-patient@ch-bastia.fr ou demande en ligne sur le site de l'établissement : www.ch-bastia.fr

ACCUEIL DU PUBLIC : uniquement le matin de 9 h 00 à 12 h 00 du lundi au vendredi

Toute demande doit impérativement être accompagnée d'un justificatif d'identité (copie recto-verso de la carte d'identité ou passeport) et de tout document attestant de votre qualité de représentant légal : copie du livret de famille (pour les patients mineurs), copie du jugement de tutelle (pour les patients majeurs sous tutelle).

En cas de décès du patient : vous devez attester de votre qualité d'ayant droit du patient (copie du livret de famille, du certificat d'hérédité ou de notoriété), ou de votre qualité de concubin (tout document pouvant attester de la vie commune) ou de votre qualité de partenaire lié par un pacte civil de solidarité (copie du PACS).

Vous êtes : (cocher la case correspondante) : Le patient Le représentant légal (pour les mineurs, majeurs sous tutelle)

En cas de décès du patient : Ayant droit Concubin(e) Pacsé(e)

Je soussigné(e) M. / Mme / Melle Né(e) le :

Adresse : CP Ville :

Mail : Téléphone :

Si vous n'êtes pas le patient (cocher la case correspondante), indiquez l'identité du patient :

Nom, prénom du patient : Né(e) le :

DATE D'HOSPITALISATION : du au : **UNITE DE SOINS CONCERNEE** :

DATE D'HOSPITALISATION : du au : **UNITE DE SOINS CONCERNEE** :

Nature de la demande (cocher la case correspondante)

Compte rendu d'hospitalisation Compte rendu opératoire

Pièces essentielles du dossier médical (sans le dossier infirmier) Intégralité du dossier médical (y compris le dossier infirmier)

Autres documents (radios, scanner, IRM...) : à préciser

Observations éventuelles :

Motif de la demande (à remplir obligatoirement en cas de décès du patient) : (cocher la ou les cases correspondantes) :

Connaître les causes du décès Faire valoir ses droits (préciser de manière circonstanciée) :

Défendre la mémoire du défunt : (préciser de manière circonstanciée) :

Selon les modalités suivantes (cocher la case correspondante)

Retrait sur place Envoi par courrier Consultation gratuite sur place

Désigne comme mandataire (nom, prénom, qualité, coordonnées téléphoniques de la personne autorisée à obtenir les pièces médicales du patient) joindre une copie recto-verso du justificatif d'identité du mandataire :

Date : Signature :