

**Demande d'accès au dossier médical**

*Document à renseigner et à adresser à la Direction de la Clientèle*

M. / Mme .....

Né(e) le ..... / ..... / .....

Demeurant... ..

.....

Numéro de téléphone : .....

Adresse @ .....

**Demande à accéder :**

à mon dossier médical

au dossier médical d'une autre personne

➤ *Nom et prénom de la personne :* .....

➤ *Date de naissance :* .....

➤ *Lien de parenté :* .....

à l'intégralité des informations de santé communicables

aux pièces particulières suivantes .....

.....

Indiquer les renseignements facilitant la recherche des informations (*dates, service, unité...*)

.....

.....

**Selon la modalité suivante :**

consultation sur place à l'EPSAN : un accompagnement médical vous sera proposé

remise de la copie du dossier en mains propres à l'EPSAN

envoi postal à votre domicile en lettre recommandée avec accusé de réception

Pour donner suite à votre demande, **il est impératif de joindre** une copie de votre carte d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire.

De plus :

- pour les dossiers d'un patient sous tutelle ou d'un patient mineur, vous devez fournir un justificatif d'ayant droit (copie de l'ordonnance du juge des tutelles, copie du livret de famille...)

- pour le dossier d'une personne décédée : justificatif d'ayant droit (copie du livret de famille, ou acte notoriété, ainsi qu'une copie de l'acte de décès du patient).

**Je m'engage à acquitter l'ensemble des frais de copie (0,31 € par copie) et d'envoi éventuels.**

**Date :** ..... / ..... / .....

**Signature :**