DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES A LA SANTE D'UNE PERSONNE MINEURE, VIVANTE, DECEDEE OU MAJEURE SOUS PROTECTION JURIDIQUE

Imprimé à retourner rempli et signé au
SERVICE D'ACCES AUX DOSSIERS PATIENTS
Hôpital PURPAN - Place du Docteur Baylac –TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9

N'oubliez pas de joindre la photocopie de votre pièce d'identité

IDENTITE DU PATIENT:

Nom : ..... Prénom .....
Nom de jeune fille : .....
Date de naissance : ……/……../……

IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR :

Nom :..... Prénom : .....
Adresse : …….
…….
N° Téléphone (domicile et/ou portable) : … …/… …/… …/… …/… …
… …/ … …/… …/… …/… …

QUALITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR :

❒ Titulaire de l'autorité parentale
❒ Délégataire de l'autorité parentale
❒ Tuteur
❒ Curateur
❒ Autre à préciser : ……

Fournir le justificatif de cette qualité (copies du livret de famille, ordonnances du juge aux affaires familiales, du juge des enfants, du juge des tutelles,…)

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de nous préciser :

Le(s) service(s) où le patient a été hospitalisé:…….
…….
…….
La(es) période(s) :…….
…….
…….
Les documents souhaités :
…….
…….
…….
…….

MODALITES DE COMMUNICATION : (ne cocher qu'une seule modalité)

❒ **Consultation sur place**

- Avec accompagnement médical o
- Sans accompagnement médical o

Et/ou

- En présence d'une tierce personne de mon choix o
- Sans la présence d'une tierce personne o

❒ **Envoi à mon domicile**

Le dossier vous parviendra sous enveloppe sécurisée : bien préciser, le numéro de la porte, l'étage, l'appartement

❒ **Envoi au médecin de mon choix**

Nom et adresse.....
……..

Nous vous rappelons que toute reproduction vous sera facturée (0,18 € la copie papier A4, 2.75 € le CDRom ainsi que les frais d'envoi postal)

Date ..... Signature :