

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCÈS À UN DOSSIER MÉDICAL

La demande sera traitée dès réception de ce formulaire complété et accompagné des pièces justificatives.

Demande complète à adresser au :

Service des archives médicales- CH CORNOUAILLE - 14 Avenue Yves Thépot - BP1757 - 29107
QUIMPER Cedex

Ou par mail : archives@ch-cornouaille.fr

Pour plus de renseignements, vous pouvez contacter le : 02.90.94.42.62

Je soussigné(e) :

Nom du demandeur : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse : _____

Mail : _____ Numéro de téléphone : _____

⇒ **Joindre copie recto/verso de votre pièce d'identité**
(carte nationale d'identité, passeport, permis de moins de 5 ans)

demande l'accès

A mon dossier médical

Au dossier médical de :

Nom d'usage : _____

Nom de naissance : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

En ma qualité de : titulaire de l'autorité parentale tuteur curateur

⇒ **Titulaire de l'autorité parentale : joindre copie du livret de famille**
⇒ **Tuteur / Curateur : joindre copie du jugement**

Je souhaite obtenir :

Le dossier complet

Une partie du dossier - précisez les éléments souhaités : *(ex : un document seul, dossier d'un seul service de soins, concernant une hospitalisation particulière, pour une période définie...)*

Je souhaite :

Consulter le dossier sur place en présence d'un médecin du service

Venir chercher les copies sur place

L'envoi postal des copies à mon domicile

L'envoi postal des copies à l'attention du médecin de mon choix :

*Le Centre Hospitalier de Cornouaille a l'obligation de conserver les originaux des dossiers médicaux (cf. Code de la Santé Publique). Ainsi, seules des copies pourront vous être délivrées. Ces copies sont facturées d'après les tarifs suivants :

Les frais de copies sont de 0,23€ / page, d'imagerie sur support cd-rom de 3,08€.

Les frais de ports sont également à la charge du demandeur.

Date :

Signature du demandeur :