Demande d'accès aux informations relatives à la santé d'une personne mineure ou majeure protégée

CENTRE HOSPITALIER
Gérard Marchant
TOULOUSE & HAUTE-GARONNE

Imprimé à retourner rempli et signé à :
La Direction Générale du CH Gérard Marchant
134 Route d'Espagne
31 057 Toulouse
secretariat.direction@ch-marchant.fr

N'oubliez pas de joindre la copie de votre justificatif d'identité

IDENTITE DU PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....
Nom de jeune fille : .....
Date de naissance : /...../...../...../
N° de téléphone (domicile et/ou portable) : … …/… …/… …/… …/… …/
Adresse : .....
.....

IDENTITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR

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

QUALITE DU REPRESENTANT LEGAL DEMANDEUR

❑ Titulaire de l'autorité parentale
❑ Délégataire de l'autorité parentale
❑ Tuteur
❑ Autre (à préciser) : .....

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

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES

En vue de répondre au mieux à votre demande, merci de nous préciser :

Les pièces souhaitées :
❑ Compte rendu du suivi en CMP ❑ Compte rendu d'hospitalisation ❑ Dossier complet
❑ Autre : .....
Pièces pour lesquelles il n'est pas nécessaire d'effectuer une demande écrite :
❑ Bulletin de situation *(s'adresser au Bureau des Admissions)*
❑ Attestation de présence *(s'adresser au secrétariat du CMP)*

La(es) période(s) : .....
.....

MODALITES DE COMMUNICATION (ne cocher qu'un seul choix)

❑ Consultation sur place
❑ avec accompagnement médical ❑ en présence d'une tierce personne

❑ Envoi à mon domicile
Le dossier vous parviendra en recommandé avec accusé de réception. 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 (5€ les 20 premières pages puis 27 centimes d'€ par page supplémentaire + coût de l'envoi postal en recommandé).

Date : ..... Signature :