

Référence : **DROIT011**
Version : 3 Date : 21/01/2025

Le présent formulaire dûment rempli et signé doit être accompagné des pièces demandées.

Je soussigné(e)

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél : Adresse mail :

Demande la communication des informations contenues :

dans mon dossier médical

Joindre la photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) et attestation de sécurité sociale / carte vitale

dans le dossier médical de :

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :

J'agis en tant que :

représentant légal

Joindre :

- La photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour)
- Une copie de tout document attestant de votre autorité parentale (livret de famille, jugement, acte de naissance).

Conformément à la législation, l'enfant mineur peut s'opposer à la communication de son dossier médical au titulaire de l'autorité parentale

tuteur

Joindre :

- La photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour)
- Une copie du jugement de tutelle.

INFORMATIONS DEMANDÉES

Copies de l'intégralité des séjours effectués à l'Hôpital de Chantilly - Les Jockeys

Copies d'un ou plusieurs séjours/consultations en particulier :

Service : et/ou Nom du médecin/chirurgien :

Date du (des) séjour(s) :

Documents souhaités :

- Compte-rendu d'hospitalisation/de consultation
- Observations médicales
- Compte-rendu opératoire
- Prescriptions
- Dossier d'anesthésie
- Dossier infirmier
- Résultats biologiques
- L'intégralité des documents de(s) séjour(s) ci-dessus
- Résultats d'anatomopathologie
- Autre (à préciser) :

Référence : **DROIT011**
Version : 3 Date : 21/01/2025

MODALITÉ DE COMMUNICATION :

<p>Simple consultation dans les locaux du service</p>	<p><input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Accompagné d'un médecin de l'établissement <input type="checkbox"/> Accompagnement par une tiers personne</p>
OU	
<p>Remise de copies papiers</p> <p>Tel que le prévoit l'article L1111-7 du code de la santé publique, les frais de copie de votre dossier et de son expédition sont à votre charge : 0,18€ par copie +/- coût d'affranchissement de l'accusé/réception selon le tarif postal en vigueur.</p>	<p><input type="checkbox"/> Remise en main propre des documents, sur rendez-vous uniquement <input type="checkbox"/> Remise des documents par une personne mandatée par vos soins, sur rendez-vous uniquement. La personne doit venir avec une pièce d'identité et une procuration signée de votre main. <input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception chez vous. Coût des copies et envoi RAR en supplément à votre charge. <input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception chez votre médecin. Coût des copies et envoi RAR en supplément à votre charge. Nom du médecin : Adresse du médecin :</p>
OU	
<p>Dépôt des documents dématérialisés via Mon Espace Santé ou BlueFiles</p>	<p><input type="checkbox"/> Je souhaite le dépôt des documents en format PDF sur Mon Espace Santé Connexion et informations sur www.monespacesante.fr <input type="checkbox"/> Je souhaite recevoir mes documents par mail, avec un accès sécurisé (BlueFiles)</p>

Par la présente, je demande la communication des informations précisées ci-dessus, et m'engage à payer l'ensemble des frais (copies et frais d'envoi) le cas échéant.

Fait à Le :

Signature du demandeur :

Vous pouvez retourner ce formulaire et le(s) document(s) à joindre par courrier postal, par mail, ou les déposer directement à l'accueil de l'établissement.

Secrétariat de direction
Hôpital de Chantilly – Les Jockeys
12 avenue du général Leclerc
BP 30239
60631 Chantilly Cedex

secretariat.direction@hc-lesjockeys.fr

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Date :

Signature :