

DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS

**Si vous souhaitez accéder à votre dossier médical, merci de compléter le
formulaire et de le retourner rempli et signé au :**

Centre de Radiothérapie Joliot Curie
Route de Desvres
62280 SAINT-MARTIN-BOULOGNE

IDENTITE DU PATIENT :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Je suis le patient : ☐

Si vous n'êtes pas le patient, merci de compléter les éléments suivants :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° Téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Qualité du demandeur : ☐ Ayant droit * (précisez) : _____

☐ Représentant légal

☐ Autre (précisez) : _____



**Merci de fournir un justificatif de cette qualité (ex : photocopie de la carte
d'identité, livret de famille, etc.).**

*** Pour les ayants-droits, indiquez les raisons de votre démarche :**

☐ Connaître les causes du décès : _____

☐ Défendre la mémoire du défunt : _____

☐ Faire valoir un droit (droit à une assurance, etc.) : _____



**En fonction des raisons, vous aurez accès aux seules informations répondant à
cette démarche.**

- DOCUMENT EN VIGUEUR -

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES :

La(es) période(s) : _____

☐ Compte rendu (consultation, anapath, opératoire, etc.)

☐ Dossier technique

☐ Dossier complet

MODALITE DE COMMUNICATION : (NE COCHER QU'UNE SEULE MODALITE)

☐ Consultation du dossier sur place :

Avec la présence du médecin référent : ☐ Oui ☐ Non

En présence d'une tierce personne de mon choix : ☐ Oui ☐ Non

☐ Récupération du dossier sur place (gratuite)

☐ Envoi du dossier à mon domicile (il vous parviendra sous enveloppe sécurisée : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement, etc.).

☐ Envoi du dossier au médecin de mon choix :

Nom et adresse du médecin : _____

Date : _____

Signature :

Accord du médecin : Dr

Date :

Signature :