

# 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 :