



GROUPE HOSPITALIER  
 MUTUALISTE DE GRENOBLE



GROUPE HOSPITALIER  
 MUTUALISTE DE GRENOBLE

# Demande

de dossier médical - Patient

# DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL-PATIENT



## PATIENT

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

QUALITE DU DEMANDEUR	JUSTIFICATIFS A FOURNIR
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes le patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur</b> <i>Attention : le mineur peut refuser l'accès à ses informations personnelles médicales lorsque les soins dont il a bénéficié ont été réalisés à sa demande, sans le consentement ou à l'insu de ses représentants légaux.</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie de votre pièce d'identité et de celle du mineur (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)</li> <li>◆ Copie du livret de famille ou décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes tuteur d'une personne sous tutelle</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>◆ Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, titre de séjour)</li> <li>◆ Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur</li> </ul>

## INFORMATIONS DEMANDÉES

**L'ensemble du dossier** (c'est-à-dire tous les documents relatifs à toutes les venues au GHM)

**Sinon précisez :**

Nature des documents (compte-rendu d'hospitalisation, compte-rendu opératoire...)	Dates d'hospitalisation	Médecin	Service

## AUTRES PRECISIONS

## DEMANDE DE DOSSIER MEDICAL-PATIENT



GROUPE HOSPITALIER  
MUTUALISTE DE GRENOBLE

Clinique d'Alembert, Clinique des Eaux-Clares, Institut Daniel HOLLARD

Formulaire - Page 2 / 2 -

Référence : FO-PCP-DPA-006

Version 6 du 09/04/2019

### MODALITÉS DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDÉES

<b>Consultation sur place</b>	<input type="checkbox"/> Seul(e) <input type="checkbox"/> Accompagnement médical avec le médecin qui vous a suivi(e) <input type="checkbox"/> Accompagnement médical avec un autre médecin <input type="checkbox"/> Accompagné(e) d'une tierce personne de votre connaissance
<b>Copies</b>	<input type="checkbox"/> Enlèvement sur place <input type="checkbox"/> Enlèvement sur place par une personne mandatée par vos soins (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 à votre adresse (frais d'envoi en sus suivant tarif de la poste en vigueur) <input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception chez votre médecin (frais d'envoi en sus suivant tarif de la poste en vigueur) : NOM : ..... ADRESSE : ..... .....

**Les frais de copie de votre dossier et de son expédition sont à votre charge : 0,35 € par copie + affranchissement accusé/réception selon le tarif postal en vigueur (tel que le prévoit l'article L1111-7 du code de la santé publique).**

Par la présente, je demande la communication des informations précisées ci-dessus, et m'engage à payer l'ensemble des frais de copie et d'envoi.

Fait à .....Le.....

Signature du demandeur :

#### DOCUMENT À RETOURNER À L'ADRESSE SUIVANTE :

Département D'Information Médicale  
Service d'accès au dossier patient  
Groupe Hospitalier Mutualiste de Grenoble  
8 rue du Docteur Calmette CS 10043 – 38028  
Grenoble cedex 1

Ou par messagerie demande\_acces\_dossier\_medical @ghm-grenoble.fr