

Postcure psychiatrique
« La Chicotière »

Je, soussigné, M / Mme (nom, prénom : pour les femmes mariées précisez le nom de jeune fille)

Né(e) le : à

Domicilié(e) :

Tél. :

Le cas échéant : père, mère, représentant légal, ayant droit, mandataire de ↗

Nom et prénom du patient Né(e) le :

Demande à consulter les documents suivants :

Le compte rendu de l'hospitalisation du au

Les pièces essentielles du dossier médical

Autres documents (*précisez*)

Etabli(s) par l'établissement

à mon nom au nom de :
(*mon fils, ma fille, la personne dont je suis le représentant légal, le mandataire ou l'ayant droit*)

☞ Modalités d'accès

Accès direct

Accès par l'intermédiaire d'un médecin

Nom et adresse professionnelle du médecin :

☞ Modalités de communication des documents

Consultation sur place

Envoi postal de copies des documents (1) et (2)

À l'adresse suivante :

Motif de la demande (à préciser obligatoirement, conformément à la réglementation, pour le dossier d'un patient décédé) :

Date :

Signature :

(1) **Pour un envoi postal, merci de joindre une photocopie recto verso de votre pièce d'identité et s'il y a lieu de tout document attestant de votre qualité de représentant ou d'ayant droit du patient.**

(2) **Les frais de copies (0,10 cts d'euros/copie) et d'envoi en recommandé avec accusé de réception sont à votre charge.**