

## Fiche Patient Accès à votre dossier médical

### Pièces à fournir :

**Personne concernée :**  
copie de la carte  
d'identité recto-verso  
ou passeport

**Si médecin  
intermédiaire :**  
copie de la carte  
professionnelle et  
mandat du patient

**Si demande réalisée  
par un tiers  
(formulaire au verso) :**  
copie de la carte  
d'identité recto-verso  
ou du passeport du  
demandeur et :

- Parents : copie du livret de famille ou extrait de naissance, le cas échéant jugement rendu en cas de divorce
- Tuteur : copie du jugement rendu
- Ayant droit : livret de famille ou document obtenu auprès de l'état civil ou du notaire, certificat de vie commune, déclaration de convention de PACS

J'ai pris bonne note que la 1<sup>ère</sup> demande est gratuite, mais qu'au d'au-delà les frais de copie donnent lieu à la facturation des frais suivants : 0,18 €/page et 1,50 €/CD d'imagerie médicale, auxquels s'ajouteront les frais d'affranchissement.



## Document à remplir FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER PATIENT (MÉDICAL)

### Demande réalisée par le patient

Je soussigné(e),  M.  Mme

Nom : .....

Nom de naissance : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ..... /..... /..... à : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone : .....

Email : .....

### Demande à obtenir communication des documents suivants :

- Le compte rendu d'hospitalisation du ..... /..... /..... au ..... /..... /.....
- Les pièces de mon dossier médical détenu(s) par l'Hôpital Fondation Rothschild (29 rue Manin 75019 Paris)

### Selon les modalités suivantes :

- Envoi par mail sécurisé :.....@patient.mssante.fr  
(adresse sécurisée à créer sur : [monespacesante.fr](http://monespacesante.fr))
- Envoi via mon portail patient unique de l'établissement (PPU)  
(compte à créer sur : <https://mon.hfar.paris> ou en téléchargement l'application MonHFAR)
- Consultation sur place à l'hôpital  
(une date de rendez-vous me sera communiquée)
  - Je demande la présence d'un médecin
  - Je ne souhaite pas la présence d'un médecin
- Envoi postal d'une copie
  - À mon adresse indiquée ci-dessus
  - Au docteur : (nom, prénom, adresse)

.....  
.....  
.....

**J'ai pris note qu'en cas de demande d'une seconde copie et au-delà, la communication n'interviendra qu'à réception par l'hôpital du règlement des frais prévus par la réglementation.**

Fait à : .....

Signature :

Le : .....

