

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^{ère} 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)
- 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 :

