

**PERSONNE DEMANDANT LE DOSSIER MEDICAL
D'UN PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE**

A COMPLETER :

✧ **Identité du majeur sous tutelle :**

NOM et Prénom :

Date et Lieu de naissance :

Adresse :

.....

N°téléphone :

Le ou les services dans le(s)quel(s) le patient a été hospitalisé et la date des soins :

.....

.....

Nom du médecin :

✧ **Identité du titulaire de la tutelle :**

Votre NOM et Prénom(s) :

Votre NOM de jeune fille le cas échéant :

Votre Date et Lieu de naissance :

Votre Adresse :

.....

Votre N°téléphone :

A FOURNIR :

- ✓ La photocopie recto / verso de la carte d'identité du majeur sous tutelle,
- ✓ La photocopie recto / verso de la carte d'identité du tuteur,
- ✓ La photocopie du jugement de désignation du tuteur dans sa fonction.

PRECISIONS sur la DEMANDE de DOSSIER MEDICAL :

↳ **Précisez les pièces du dossier que vous souhaitez obtenir :**

- Comptes Rendus,
- Radiographie,
- Intégralité du dossier.

→
TSVP

Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretypage de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.

**PERSONNE DEMANDANT LE DOSSIER MEDICAL
D'UN PATIENT MAJEUR SOUS TUTELLE**

↳ **Précisez les modalités de transmission :**

Consulter sur place ces documents dans le cadre d'une consultation médicale et éventuellement remise de copies.

Recevoir une copie du dossier médical :

A votre domicile par Lettre Recommandée avec Accusé de Réception
(*Attention* : un envoi recommandé peut ne pas être remis en mains propres).

Au Cabinet du médecin traitant de votre choix :

- Docteur : Téléphone :
- Adresse :

Récupérer la copie du dossier médical dans le service :

- Par le tuteur
- Par une personne mandatée par le tuteur :
NOM : Prénom :

Dans ce cas exceptionnel, la personne désignée devra disposer d'une procuration justifiée et signée par le tuteur et devra présenter une pièce d'identité.

**Nous attirons votre attention sur
le caractère personnel et confidentiel des informations
qui seront communiquées.**

Date :

Signature :

Merci de retourner cet imprimé à l'adresse suivante :

L'Hôpital du Gier

A l'attention de M. le Directeur

19 rue Victor Hugo – 42400 SAINT CHAMOND

Des frais de copies vous seront facturés au tarif de 0,20 € par photocopie, 3,20 € par contretypage de radiologie, 3,10 € par copie de CD additionnés de 5,20 € correspondants aux frais d'envoi en recommandé, le cas échéant.