

 CAP SANTÉ GROUPE PRIVÉ RÉGIONAL D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS	Groupe CAP SANTE	Processus : P09. Dossier patient
Date de mise à jour : 14/10/2025	Formulaire Accès aux informations du dossier médical	Référence : P09.8122
Version : V1.40		Page 1 sur 1

Etat du document : Approuvé en date du 14/10/2025 - Validé par la cellule qualité GDR en date du 14/10/2025

IDENTITÉ DU DEMANDEUR :

NOM de naissance : Prénom :
 NOM usuel : Né(e) le :/...../....., à :
 Téléphone : E-mail :@.....
 Adresse :

AGISSANT EN QUALITÉ DE : ☐ Patient ☐ Tuteur ☐ Titulaire de l'autorité parentale
☐ D'ayant-droit * ☐ Médecin ☐ Autre : précisez

*** Complément d'information si vous êtes un ayant droit : **A compléter obligatoirement****
Motif de la demande : ☐ Connaître les causes de la mort ☐ Défendre la mémoire du défunt
☐ Faire valoir mes droits (*droit à pension, assurance et/ou à une succession*)
Motivation de la demande :

COMPLÉMENT D'INFORMATIONS SUR LE DOSSIER MÉDICAL DEMANDÉ :

Si vous agissez en qualité AUTRE que celle de patient, **L'IDENTITÉ DU PATIENT :**

NOM : Prénom :
 NOM de naissance : Né(e) le :/...../....., à :

IDENTIFICATION DU SÉJOUR :

Période(s) d'hospitalisation/de prise en charge :
 Service(s) concerné(s) :

DÉTAIL DES DOCUMENTS SOUHAITÉS : ☐ Dossier médical complet ☐ Compte-rendu d'hospitalisation,
☐ Résultat d'analyses biologiques ☐ Autres :

MODALITÉ D'ACCÈS AU DOSSIER :

- ☐ Consultation du dossier médical sur place avec, si vous le souhaitez, une tierce personne de votre choix
- ☐ Consultation du dossier médical sur place et sur rendez-vous avec le médecin de votre choix de l'établissement (Médiateur ou Référent) : Vous désignez le Docteur (Nom et Prénom)
- ☐ Remise en mains propres d'une copie du dossier médical
- ☐ Envoi d'une copie du dossier médical à mon domicile

PIÈCES À FOURNIR :

Copie d'une pièce d'identité : recto/verso de votre **carte nationale d'identité** ou passeport ou titre de séjour

Justificatif de votre statut :

- Représentants légaux d'un mineur : copie de tout document attestant de l'autorité parentale (*Livret de famille, jugement, ...*).
- Tuteur : copie du jugement de tutelle.
- Ayant droit : copie du livret de famille faisant apparaître le lien de parenté entre le demandeur et le patient et copie de l'acte notarié ou testamentaire vous désignant comme successeur ou certificat d'hérédité.
- Médecin : copie certifiée conforme de l'inscription à l'Ordre.
- **Concubin ou partenaire de PACS** : copie du PACS, certificat de vie commune, attestation sur l'honneur signée par les 2 concubins.

Fait à _____, le ____/____/____

Signature du demandeur :

Merci de retourner ce formulaire à l'attention de la direction de l'établissement