



DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS

**Si vous souhaitez accéder à votre dossier médical, merci de compléter le
formulaire et de le retourner rempli et signé au :**

Centre de Radiothérapie Joliot Curie
Route de Desvres
62280 SAINT-MARTIN-BOULOGNE

IDENTITE DU PATIENT :

Nom : _____ Prénom : _____

Nom de jeune fille : _____

Date de naissance : _____ / _____ / _____

IDENTITE DU DEMANDEUR :

Je suis le patient :

Si vous n'êtes pas le patient, merci de compléter les éléments suivants :

Nom : _____ Prénom : _____

Adresse : _____

N° Téléphone : _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Qualité du demandeur : Ayant droit * (*précisez*) : _____

Représentant légal

Autre (*précisez*) : _____



**Merci de fournir un justificatif de cette qualité (ex : photocopie de la carte
d'identité, livret de famille, etc.).**

*** Pour les ayants-droits, indiquez les raisons de votre démarche :**

Connaître les causes du décès : _____

Défendre la mémoire du défunt : _____

Faire valoir un droit (droit à une assurance, etc.) : _____



**En fonction des raisons, vous aurez accès aux seules informations répondant à
cette démarche.**

- DOCUMENT EN VIGUEUR -



DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES :

La(es) période(s) : _____

Compte rendu :

De consultation Anato-mo-pathologique Opératoire Autre : _____

Clichés (scanners dosimétrie)

Autres : _____

MODALITE DE COMMUNICATION : (NE COCHER QU'UNE SEULE MODALITE)

Consultation du dossier sur place :

Avec la présence du médecin référent : Oui Non

En présence d'une tierce personne de mon choix : Oui Non

Récupération du dossier sur place (gratuite)

Envoi du dossier à mon domicile (il vous parviendra sous enveloppe sécurisée : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement, etc.).

Envoi du dossier au médecin de mon choix :

Nom et adresse du médecin : _____

Date : _____

Signature :

Accord du médecin : Dr

Date :

Signature :