

**1. Identité de la personne majeure représentée**

Nom et prénom : \_\_\_\_\_  
Nom de naissance : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_

**2. Identité du représentant légal**

Nom et prénom du demandeur : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_ Adresse Mail : \_\_\_\_\_

**3. Hospitalisation (s) ou consultation (s) concernée (s)**

Date(s) ou année (s) de(s) hospitalisation(s) : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_  
Date(s) ou année (s) de(s) consultation(s) : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_

**4. Dossier médical de la personne majeure = je demande**

- A recevoir une copie des documents ci-après désignés (liste non exhaustive)
- Compte-rendu d'hospitalisation  Compte-rendu de consultation  
 Compte-rendu opératoire  Compte-rendu d'examen  
 Clichés ou  CD d'imagerie (radiologie, scanner, IRM...)  Résultats biologiques (laboratoire)  
 Compte-rendu d'imagerie (radiologie, scanner, IRM, échographie...)

Autres : \_\_\_\_\_

**5. Modalités de retrait de la copie des éléments du dossier médical de la personne majeure**

- Mise à ma disposition au secrétariat clientèle (niveau -2) – RDV à définir ensemble  
 Envoyer par pli recommandé avec Accusé Réception  
 Envoyer par pli simple  
 Envoyer par mail (messagerie sécurisée)

**6. Tarifs**

**Je suis informé(e) que les frais de reproduction et d'expédition de ces documents me seront facturés après service fait sur la base des tarifs fixés par le Directoire du Centre Hospitalier d'Auxerre (voir tarifs ci-joints).**

Date : \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_

**Si vous rencontrez des difficultés à remplir ce document, n'hésitez pas à nous contacter au 03.86.48.47.66 de 8h45 à 11h45 et de 13h30 à 15h30**

**JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DEMANDE LA COPIE DE LA DECISION DE JUSTICE RELATIVE A LA PROTECTION DE LA PERSONNE, DU MANDAT CONFIE PAR DECISION DE JUSTICE ET DE VOTRE PIECE D'IDENTITE (en cours de validité)**

**Demande à renvoyer par lettre simple à :** \_\_\_\_\_ **Ou** **Demande à renvoyer par mail à :** [contactusager@ch-auxerre.fr](mailto:contactusager@ch-auxerre.fr)  
Madame la Directrice de la Clientèle - Service "Dossiers Médicaux"  
Centre Hospitalier - 2 Boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 AUXERRE Cedex