

Dossier Médical détenu par le Centre Hospitalier d'Auxerre  
Demande de communication totale ou partielle par le  
**REPRESENTANT LEGAL D'UNE PERSONNE MAJEURE**

**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 demeurant : \_\_\_\_\_  
Date et lieu de naissance : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ A \_\_\_\_\_  
Domicile : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_

**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)

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu d'hospitalisation                            | <input type="checkbox"/> Compte-rendu de consultation        |
| <input type="checkbox"/> Compte-rendu opératoire                                   | <input type="checkbox"/> Compte-rendu des examens            |
| <input type="checkbox"/> Dossier d'imagerie ( <i>radiologie, scanner, IRM...</i> ) | <input type="checkbox"/> Résultats biologiques (laboratoire) |
| <input type="checkbox"/> Dossier d'imagerie ( <i>compte-rendu</i> )                |  |

Autres \_\_\_\_\_

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

- Mis à ma disposition au secrétariat clientèle (niveau -2) **à retirer entre 8 h et 15 h 30**  
 Envoyé par pli recommandé avec Accusé Réception  
 Envoyé par pli simple

**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 8 h 00 à 15 h 30**

**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 :**

Madame la Directrice de la Clientèle - Service "Dossiers Médicaux"  
Centre Hospitalier - 2 Boulevard de Verdun - BP 69 - 89011 AUXERRE Cedex

[contactusager@ch-auxerre.fr](mailto:contactusager@ch-auxerre.fr)