

FORMULAIRE DE DEMANDE DOSSIER MÉDICAL PATIENT

Référence : **DROIT011**
Version : 5 Date : 27/02/2026

Le présent formulaire dûment rempli et signé doit être accompagné des pièces demandées.

Je soussigné(e)

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :
Adresse :
Tél : Adresse mail :

Demande la communication des informations contenues :

☐ Dans mon dossier médical

Joindre la photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour) et attestation de sécurité sociale / carte vitale

☐ Dans le dossier médical de :

Nom de naissance : Nom d'usage :
Prénom : Date de naissance :

J'agis en tant que :

☐ Représentant légal

Joindre :

- La photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour)
- Une copie de tout document attestant de votre autorité parentale (livret de famille, jugement, acte de naissance).

Conformément à la législation, l'enfant mineur peut s'opposer à la communication de son dossier médical au titulaire de l'autorité parentale

☐ Tuteur

Joindre :

- La photocopie recto-verso de votre pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport, titre de séjour)
- Une copie du jugement de tutelle.

INFORMATIONS DEMANDÉES

☐ Copies de l'intégralité des séjours effectués au Groupe Hospitalier Les Jockeys

☐ Copies d'un ou plusieurs séjours/consultations en particulier :

Service : et/ou Nom du médecin/chirurgien :

Date du (des) séjour(s) :

Documents souhaités :

- | | |
|---|--|
| ☐ Compte-rendu d'hospitalisation/de consultation | ☐ Observations médicales |
| ☐ Compte-rendu opératoire | ☐ Prescriptions |
| ☐ Dossier d'anesthésie | ☐ Dossier infirmier |
| ☐ Résultats biologiques | ☐ L'intégralité des documents de(s) séjour(s) ci-dessus |
| ☐ Résultats d'anatomopathologie | ☐ Autre (à préciser) : |

FORMULAIRE DE DEMANDE DOSSIER MÉDICAL PATIENT

Référence : **DROIT011**
Version : 5 Date : 27/02/2026

MODALITÉ DE COMMUNICATION

Simple consultation dans les locaux du service	☐ Seul(e) ☐ Accompagné d'un médecin de l'établissement ☐ Accompagnement par une tiers personne
OU	
Remise de copies papiers	☐ Remise en main propre des documents, sur rendez-vous uniquement. ☐ Remise des documents par une personne mandatée par vos soins, sur rendez-vous uniquement. La personne doit venir avec une pièce d'identité et une procuration signée de votre main. ☐ Envoi en recommandé avec accusé de réception chez vous. ☐ Envoi en recommandé avec accusé de réception chez votre médecin. Nom du médecin : Adresse du médecin :
OU	
Dépôt des documents dématérialisés via Mon Espace Santé ou BlueFiles	☐ Je souhaite le dépôt des documents en format PDF sur Mon Espace Santé Connexion et informations sur www.monespacesante.fr ☐ Je souhaite recevoir mes documents par mail, avec un accès sécurisé (BlueFiles)

Par la présente, je demande la communication des informations précisées ci-dessus, et m'engage à payer l'ensemble des frais (copies et frais d'envoi) le cas échéant.

Fait à Le :

Signature du demandeur :

Vous pouvez retourner ce formulaire et le(s) document(s) à joindre par courrier postal, par mail, ou les déposer directement à l'accueil de l'établissement.

Service qualité et gestion des risques
Groupe Hospitalier Les Jockeys
12 avenue du général Leclerc
60270 Gouvieux
contactpatient@hc-lesjockeys.fr

RÉSERVÉ A L'ADMINISTRATION

Date :

Signature :