

# DEMANDE D'ACCES DU PATIENT A SON DOSSIER MEDICAL

**A adresser à** *Monsieur le Directeur des Soins,  
GCS-GHICL Clinique Sainte-Marie  
22 rue Watteau BP 177  
59403 CAMBRAI Cédex*

Je Soussigné(e)

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Agissant en tant que

- Personne majeure capable
- Personne titulaire de l'autorité parentale
- Tuteur d'une personne protégée
- Ayant droit d'une personne décédée

ai l'honneur de formuler une demande d'accès au dossier médical de

Nom \_\_\_\_\_

Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

En cas de désignation d'un médecin comme intermédiaire pour accéder aux informations

Docteur \_\_\_\_\_

Exerçant à \_\_\_\_\_

J'ai pris note des justificatifs à remettre avant toute communication afin de préserver la confidentialité des informations médicales aux seules personnes autorisées.

Je demande

- La consultation sur place avec, le cas échéant une remise de documents
- L'envoi des copies des documents

Date

Signature