

Je, soussigné (e), né(e) le :

demeurant :

n° de téléphone où je peux être joint(e) :

demande à accéder

- ① aux informations médicales me concernant
- aux informations médicales concernant :
en qualité de (rayer la mention inutile) :
- représentant légal (père/mère d'un mineur avec l'accord du patient, ou tuteur)
 - ayant droit, concubin ou partenaire lié par un PACS (pour une personne décédée),
merci d'en indiquer les raisons :

- ② à l'intégralité du dossier
- seulement la partie concernant la période de soins du :
- au dossier transmis au juge des libertés et de la détention (JLD) dans le cadre des soins sans consentement

vous demande de bien vouloir (cocher une seule case) :

- ③ m'adresser par La Poste, à mes frais*, une copie de ces informations médicales, dans les conditions prévues par la loi. Ces informations médicales sont confidentielles.
- m'adresser par La Poste, à mes frais*, une copie du dossier transmis au juge des libertés et de la détention, dans les conditions prévues par la loi.
- adresser au Dr exerçant (adresse précise) :
à mes frais*, une copie de ces informations médicales, dans les conditions prévues par la loi.
Ces informations médicales étant confidentielles, je joins obligatoirement à cette demande un courrier d'acceptation du médecin désigné précisant qu'il agit exclusivement dans mon intérêt.
- tenir à ma disposition ces informations médicales, pour consultation sur place, dans les conditions prévues par la loi.
Je me munis obligatoirement d'une pièce d'identité. Si je suis accompagné(e) d'un médecin, celui-ci devra également justifier de sa qualité de médecin et préciser qu'il agit exclusivement dans mon intérêt.

* 0,18 € par photocopie et prix de l'envoi en recommandé avec accusé de réception

.../...

Je sais que la loi exclut l'accès à certaines informations contenues dans le dossier médical, notamment celles qui émanent de tiers ou qui concernent des tiers.

Fait à Signature (s)

le : *du patient ; des représentants légaux pour les mineurs, majeurs sous tutelle ; des ayants droit, concubin, partenaire lié par un PACS d'un patient décédé*

**→ Ce document est à adresser à :
La direction des relations avec les usagers à EPSYLAN - BP 59 - 44130 Blain**

Documents à joindre obligatoirement à la demande (à défaut celle-ci sera rejetée) :

Demandeur	Pièce(s) à fournir	
Patient		-
Autorité parentale	Photocopie de la carte d'identité (recto/verso) ou du passeport ou du permis de conduire	Photocopie du livret de famille
Ayant droit, concubin, partenaire lié par un PACS		Justificatif de la qualité d'ayant droit, concubin ou partenaire lié par un PACS
Représentant légal (tuteur)		Justificatif de la qualité de représentant légal