

**DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES
A MA SANTE**

Imprimé à retourner rempli et signé au :
SERVICE D'ACCES AUX DOSSIERS PATIENTS
Hôpital PURPAN – Pavillon SENAC-1er étage-
Place du Docteur Baylac – TSA 40031 - 31059 TOULOUSE Cedex 9
Ou par messagerie à : sadp@chu-toulouse.fr

N'oubliez pas de joindre la photocopie recto/verso de votre pièce d'identité en cours de validité + un justificatif de domicile à votre nom

IDENTITE:

Nom : Prénom.....

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / /

N° Téléphone (domicile et/ou portable) : / / / /

Adresse mail (écrite en majuscule svp) :.....

Adresse Postale :

.....

.....

LISTE DES INFORMATIONS MEDICALES DEMANDEES :

En vue d'une instruction adaptée de votre demande, merci de nous préciser :

Le(s) service(s) hospitalier(s) concerné(s)

.....

.....

.....

La(es) période(s) :

.....

.....

.....

Pièces souhaitées :

- Compte rendu :
 - de consultation
 - d'hospitalisation
 - opératoire
- Imagerie (radios, scanners, IRM...)
- Autres (merci de justifier)

**DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS RELATIVES
A MA SANTE**

MODALITE DE COMMUNICATION :

Consultation sur place

Pour toute consultation avec un médecin, le secrétariat du service concerné vous contactera afin de vous donner un rendez-vous.

Envoi à mon domicile

Le dossier vous parviendra en recommandé remis contre signature : bien préciser le numéro de la porte, l'étage, l'appartement ainsi que votre numéro de téléphone.

Par l'intermédiaire d'un médecin librement désigné, à savoir :

Docteur :

Adresse complète :

.....

.....

Numéro de téléphone :

Nous vous rappelons que toute reproduction est à la charge du demandeur (Article L1111-7 du Code de la santé publique) et vous sera facturée : (0.18 centimes la copie papier A4, 2.75€ le CD Rom ainsi que les frais d'envoi postal)

Une seule copie de dossier sera réalisée et adressée. Tout envoi ou reprographie complémentaire donnera lieu à une nouvelle facturation.

Date

Signature :