

**Helyans**

# Demande d'accès à mon dossier patient

Pour que votre demande soit complète, n'oubliez pas de joindre, les documents justifiant de votre identité : la photocopie de votre **pièce d'identité** (ou passeport) au nom du patient et une au nom du demandeur/représentant légal, auxquels s'ajouteront le cas échéant : la copie du livret de famille, la copie de jugement de tutelle, un mandat écrit désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical en votre nom. **À savoir** : Le dossier médical est conservé pour **une durée de 28 ans** à compter de la date du dernier séjour ou de la dernière consultation.

## IDENTITÉ DU PATIENT

Nom de naissance (en majuscules) : ..... Nom usuel : .....  
Prénom : ..... Date de naissance : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code postal : .....  
Adresse mail : .....  
Numéro de téléphone (domicile et/ou portable) : .....

## QUALITÉ DU DEMANDEUR (Si le demandeur est différent du patient)

☐ Père ☐ Mère ☐ Tuteur/Représentant légal ☐ Mandataire

Nom de naissance (en majuscules) : .....  
Nom usuel : .....  
Prénom : .....  
Adresse : .....  
Ville : ..... Code postal : .....  
Adresse mail : .....  
Numéro de téléphone (domicile et/ou portable) : .....

## LISTE DES DOCUMENTS MÉDICAUX DEMANDÉS

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

- La/s période/s de consultation ou d'hospitalisation concernée/s : .....  
.....  
- Les pièces souhaitées : ☐ compte-rendu : ☐ de consultation ☐ d'hospitalisation  
☐ autres documents (Précisez) : .....  
.....

## MODALITÉS DE COMMUNICATION (un seul choix)

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

- ☐ Envoi postal à l'adresse du demandeur (à savoir : les frais de copie et d'envoi sont facturables)  
☐ Remise des copies sur place au Centre MPR Pen-Bron  
☐ Consultation sur place, au Centre MPR Pen-Bron, sans remise de copies

Ce document est à retourner rempli et signé à l'adresse mail suivante : [cmpr-penbron@helyans.fr](mailto:cmpr-penbron@helyans.fr) ou  
à l'adresse suivante : Centre MPR Pen-Bron 57 rue Michel Ange CS 1204, 44616 Saint-Nazaire

Date : ..... Signature : .....