

 <p>GROUPE HOSPITALIER PAUL GUIRAUD</p>	<p>DEMANDE D'ACCES AUX INFORMATIONS MEDICALES D'UNE PERSONNE NE SACHANT NI LIRE NI ECRIRE, NE MAITRISANT PAS LA LANGUE FRANCAISE</p>	<p>Index : 02.01.01.006/FOR Version : 2.0 Date d'application: 28/09/18 Pages : 1/1</p>
<p>Référence : Néant</p>		
<p>Rédaction : CRUQPC</p>	<p>Approbation : Service Qualité</p>	

Je soussignée,(nom, prénom, fonction) ayant délégation du directeur de l'établissement, reconnaît avoir reçu ce jour né(e) le..... à (en présence de, interprète, pour prendre acte de sa demande.)

..... ne sachant ni lire ni écrire, et ne maîtrisant pas la langue française, demande oralement à avoir accès aux informations de son dossier médical concernant sa santé :

par consultation sur place avec remise éventuelle de copies, en la présence et la traduction de , interprète.

par envoi postal en recommandé avec accusé de réception à son domicile (adresse complète) :

par envoi postal au Docteur (nom, prénom et adresse professionnelle) :

..... a été informé(e) que les frais d'envoi et de reproduction seront à sa charge (frais de copies à raison de 0,18 € par unité et frais d'envoi en recommandé avec accusé de réception).

Conformément à la réglementation, nous fournit une copie d'une pièce d'identité.

Fait à Villejuif, le

Signature de la personne qui
prend acte de la demande

Signature de l'interprète

Signature du demandeur

Pièce d'identité du demandeur : n°

Délivré (e) le

Par