

Formulaire d'accès au dossier médical

Afin de satisfaire votre demande, nous vous remercions de bien vouloir compléter ce formulaire **RECTO VERSO** et nous le retourner signé, accompagné de la copie des pièces justificatives.

Identité du demandeur

Nom	<input type="text"/>	Adresse	<input type="text"/>
Nom de jeune fille	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>		<input type="text"/>
Date de naissance	<input type="text"/>	Ville	<input type="text"/>
Téléphone	<input type="text"/>	Code postal	<input type="text"/>
		Mail	<input type="text"/>

Identité du patient (si différent du demandeur)

Nom	<input type="text"/>	Nom de jeune fille	<input type="text"/>
Prénom(s)	<input type="text"/>	Date de naissance	<input type="text"/>

Informations relatives à la prise en charge

! Merci d'indiquer tous les services dont vous souhaitez le dossier correspondant, notamment, le cas échéant, celui des urgences.

<input type="checkbox"/> Hospitalisation(s)	<input type="checkbox"/> Consultation(s)
Service(s) concerné(s)	Service(s) concerné(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date(s) ou année(s)	Date(s)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Qualité du demandeur

Patient

Représentant légal ayant l'autorité parentale

! La loi ne prévoit pas l'accès direct du dossier au mineur lui-même.

Ayant-droit (en cas de demande pour un patient décédé)
Préciser le lien avec le patient :
.....

! La communication des éléments du dossier médical ne peut s'effectuer si le patient, de son vivant, s'y est opposé.

Tuteur, mandataire judiciaire

Tiers mandataire

Pièces justificatives à fournir par le demandeur

Copie de la pièce d'identité recto-verso (carte d'identité passeport, permis de conduire)

Copie de la pièce d'identité recto-verso **du patient et du demandeur**

Copie du livret de famille

Copie du jugement relatif à l'autorité parentale si les parents sont divorcés ou séparés

Copie du **certificat de décès**

Copie de la pièce d'identité recto-verso **du défunt et du demandeur**

Copie du livret de famille **si le demandeur est le conjoint ou l'enfant du défunt ou le parent d'un mineur décédé**

Copie de l'acte de naissance du demandeur portant mention du PACS pour le **partenaire civil**

Copie de l'acte notarié ou du certificat d'hérédité attestant la qualité d'ayant droit **pour les autres demandeurs** (frère, soeur, père, mère, oncle, tante...)

Certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée par les deux concubins **pour le concubin du patient décédé**

Copie de la pièce d'identité recto-verso **du patient et du demandeur**

Copie de la mesure de tutelle **pour le tuteur**

Copie du mandat exprès (prenant la forme d'une attestation signée par le patient et autorisant le demandeur à accéder au dossier) **pour le tiers mandataire**



! Pour les ayants-droit d'un patient décédé, le Code de la Santé Publique ne prévoit pas l'accès à l'intégralité du dossier médical. Seuls vous serez communiqués les éléments du dossier médical permettant de répondre au motif invoqué.

- Déterminer les causes du décès
- Défendre la mémoire du patient
Préciser : _____
- Faire valoir ses droits
Préciser : _____
- Obtenir des informations en cas d'examen génétique au sein d'une famille

Documents souhaités

Veuillez cocher uniquement les éléments demandés

Intégralité du dossier

ou

Certains éléments du dossier uniquement :

- Compte-rendu de l'hospitalisation
- Compte-rendu de consultation
- Compte-rendu opératoire
- Compte-rendu d'accouchement
- Dossier d'anesthésie
- Dossier de soins infirmiers
- Résultats d'imagerie :
 - Scanner IRM Radios
- Résultats d'examen :
 - Biologie ECG Doppler Fibroscopie Echographie
- Autres (Préciser) :

Modalités de communication

Choisissez le mode de communication de la copie de votre dossier médical

- Remise en main propre au patient
- Remise en main propre à un tiers contre **mandat exprès et pièce d'identité**
Préciser les noms et prénoms du tiers :
- Envoi postal en lettre recommandée avec accusé de réception :
 - Envoi à mon adresse
 - Envoi au Docteur (nom, prénom, adresse) :
- Consultation sur place (un médecin sera disponible dans l'établissement pour répondre à vos interrogations)

! Si, après un délai d'1 an, vous n'êtes pas venu retirer les copies de votre dossier médical, elles seront détruites.

Tarifs : Conformément à la réglementation en vigueur, la copie et, le cas échéant, l'envoi des éléments de votre dossier médical, sont facturés comme suit : 0,18 € la photocopie recto ; 0,35 € la photocopie recto/verso ; 1,90 € la photocopie hors format ; 0,55 € la photocopie de radio ; 4,35 € le contretypage de radio ; 2,75 € le CD-Rom d'images scénographiques ; 7,25 € l'envoi en recommandé avec accusé de réception.

Déclare avoir pris connaissance et accepter ces conditions de communication

A : Le :

Signature :