

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Nom de naissance :
Prénom : Date de naissance : / /
Adresse :
Téléphone : Email :

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :
Date de naissance : / /
Adresse :
Téléphone : Email :

En qualité de :

- ☐ Patient
- ☐ Représentant légal (mineur / majeur protégé)
- ☐ Ayant droit
- ☐ Médecin désigné par le patient

MOTIF DE LA DEMANDE

- ☐ Connaître les causes du décès
- ☐ Défendre la mémoire du défunt
- ☐ Faire valoir un droit
- ☐ Autre (préciser) :

PÉRIODE OU ÉLÉMENTS DEMANDÉS

- ☐ Intégralité du dossier médical
- ☐ Résultats d'examens
- ☐ Hospitalisation du / / Au / / ☐ Compte rendu opératoire
- ☐ Autre (préciser) :

MODALITÉS DE COMMUNICATION SOUHAITÉES

- ☐ Consultation sur place (gratuite)
- ☐ Copie papier
- ☐ Envoi postal recommandé
- ☐ Envoi numérique sécurisé
- ☐ Transmission à un médecin désigné - Nom du médecin :
Adresse :

Je certifie exacts les renseignements fournis et reconnais avoir été informé(e) que :

- La demande doit être complète pour être traitée ;
- Le délai légal de communication est de 8 jours (ou 2 mois si les données datent de plus de 5 ans) ;
- Les frais éventuels correspondent uniquement aux coûts de reproduction et d'envoi ;
- **Les dossiers relatifs à une activité libérale exercée hors détention par la clinique doivent être demandés directement au praticien concerné.**

Fait à :
Le : / /

Signature :

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

PIECES A FOURNIR

- ☐ Vous demandez votre propre dossier, joindre obligatoirement copie :
✓ Pièce d'identité
- ☐ Vous demandez le dossier d'un de vos enfants mineurs, joindre obligatoirement copie :
✓ Pièce d'identité
✓ Livret de famille
✓ Jugement de divorce attestant de l'autorité parentale le cas échéant
- ☐ Vous demandez le dossier d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle, joindre copie :
✓ Pièce d'identité
✓ Document attestant de votre qualité de tuteur
- ☐ Vous demandez le dossier d'un proche décédé
✓ Pièce d'identité
✓ Livret de famille
✓ Toute pièce justifiant de votre qualité d'ayant-droit

FACTURATION

Conformément à l'article 35 du décret n°2005-1755 du 30 décembre 2005, des frais correspondant au coût de reproduction et, le cas échéant, d'envoi de celui-ci peuvent être mis à la charge du demandeur.

> 0,18 € la page en format A4

La consultation du dossier sur place est gratuite, conformément au Code de la santé publique.

Partie réservée à la Direction

Date de réception : / /

Demande complète le : / /

Médecin référent informé le :

Date de transmission : / /

Mode de transmission :

Professionnel responsable du traitement de la demande :