

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

IDENTITE DU DEMANDEUR

Civilité : Madame Monsieur

Nom :

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance : / /

Adresse :

Téléphone : / / / /

Portable : / / / /

E-mail :@.....

Agissant en qualité de :

	Justificatifs à joindre à la demande
<input type="checkbox"/> Patient	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité.
<input type="checkbox"/> Représentant légal	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur ; - Copie du livret de famille (partie parents et enfant) ou extrait d'acte de naissance ; - Copie du jugement de divorce, le cas échéant.
<input type="checkbox"/> Tuteur (<i>majeur sous tutelle</i>)	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur et du patient concerné ; - Copie du jugement de tutelle.
<input type="checkbox"/> Mandataire désigné par le patient	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du mandataire et du patient concerné ; - Mandat exprès original désignant nommément la personne pouvant demander la copie du dossier médical.
<input type="checkbox"/> Ayant droit (<i>si patient décédé</i>) <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Père/Mère <input type="checkbox"/> Frère/Sœur <input type="checkbox"/> Enfant majeur <input type="checkbox"/> Concubin, partenaire lié par un PACS En qualité d'ayant droit, vous ne disposez pas d'un accès à l'ensemble des pièces du dossier médical. Vous êtes autorisé(e) à accéder qu'aux seuls éléments en lien avec le motif invoqué, sauf volonté contraire du défunt (cocher la case correspondante) : <input type="checkbox"/> Connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> Défendre la mémoire du défunt (1) <input type="checkbox"/> Faire valoir vos droits (2) 1 et 2 (à préciser) :	- Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur ; - Copie de l'acte de décès. <u>Justificatifs auxquels il convient d'ajouter, selon sa qualité :</u> - Copie du livret de famille (<i>conjoint survivant et enfants du défunt</i>) ; - Copie du certificat de vie commune ou déclaration sur l'honneur attestant du concubinage signée des concubins ; - Copie de la convention de PACS (<i>partenaire</i>) ; - Acte de notoriété ou certificat d'hérédité (<i>autres demandeurs</i>).

PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Nom de naissance :

Prénom : Date de naissance : / /

Date de décès (pour les ayants droits) : / /

SERVICE(S) ET PERIODE(S) D'HOSPITALISATION

.....
.....
.....

DOCUMENTS DEMANDES

- Compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu de consultation
- Dossier infirmier
- Résultats d'examen (à préciser) :
- Résultats de laboratoire
- Radiologie : Comptes rendus CD-ROM
- Bande SAMU (duplicata sur CD-ROM)
- Autres pièces (à préciser) :

Les copies sont facturées 0,18 € l'unité, les CD-ROM dupliqués sont facturés 2,75 € l'unité, l'envoi postal en recommandé avec avis de réception est facturé au tarif en vigueur.

MODALITES DE COMMUNICATION

- Envoi postal par lettre recommandée avec avis de réception
 - A l'adresse du demandeur
 - A l'adresse du médecin ci-dessous désigné :
Nom : Prénom :
Adresse :
Téléphone : / / / /

Remise en main propre dans le service concerné (un rendez-vous vous sera proposé par téléphone ou par e-mail)

Consultation sur place

Dans ce cas, vous bénéficierez de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales. Vous pourrez, le cas échéant, vous faire remettre une copie des documents médicaux (facturables au tarif en vigueur).

La présence d'une tierce personne (un autre médecin, par exemple) lors de la consultation de certaines informations pourra être recommandée par le médecin.

Ce formulaire est à retourner dûment complété, daté et signé, et accompagné du ou des justificatifs requis, à :

Madame La Directrice du Centre Hospitalier
80, avenue Georges Pompidou 24019 Périgueux Cedex

Date : / /

Signature :