



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 :

Justificatif(s) à joindre à la demande

DU VIVANT DU PATIENT

<input type="checkbox"/> Patient	<ul style="list-style-type: none"> • Copie recto/verso d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Représentant(s) de l'autorité parentale (<i>patient mineur</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie recto/verso d'une pièce d'identité du ou des demandeurs • Copie intégrale du livret de famille ou extrait d'acte de naissance • Copie du jugement de divorce, le cas échéant
<input type="checkbox"/> Tuteur (<i>patient majeur sous tutelle</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur et du patient • Copie du jugement de mise sous tutelle
<input type="checkbox"/> Mandataire désigné par le patient, le(s) représentant(s) de l'autorité parentale ou le tuteur	<ul style="list-style-type: none"> • Copie recto/verso d'une pièce d'identité du mandataire <u>et</u> du patient, du tuteur ou du (des) titulaire(s) de l'autorité parentale • Mandat exprès délivré par le patient, le tuteur ou le(s) titulaire(s) de l'autorité parentale

AU DÉCÈS DU PATIENT

<input type="checkbox"/> Ayant droit, concubin ou partenaire lié par un PACS Un ayant droit ne peut accéder qu'aux seules informations en lien avec le ou les motifs invoqués (cocher la ou les cases correspondantes) : <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) Motif de la demande (1) et (2) :	<ul style="list-style-type: none"> • Copie recto/verso d'une pièce d'identité du demandeur • Copie de l'acte de décès <p><u>A cela, il convient d'ajouter selon le cas :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Copie du livret de famille (<i>conjoint survivant et enfants du défunt</i>) • Copie du certificat de vie commune ou de concubinage • Copie de la convention de PACS • Acte de notoriété ou certificat d'hérédité (<i>pour les autres demandeurs</i>)
<input type="checkbox"/> Représentant(s) de l'autorité parentale (<i>patient mineur</i>)	<ul style="list-style-type: none"> • Copie recto/verso d'une pièce d'identité du ou des demandeurs • Copie de l'acte de décès • Copie intégrale du livret de famille • Copie du jugement de divorce, le cas échéant
<input type="checkbox"/> Mandataire désigné par l'ayant droit, le concubin, le partenaire ou le(s) représentant(s) de l'autorité parentale	<ul style="list-style-type: none"> • Copie des documents précités • Copie recto/verso d'une pièce d'identité du mandataire <u>et</u> de l'ayant droit, du concubin, du partenaire ou du ou des titulaires de l'autorité parentale • Mandat exprès délivré par l'ayant droit, le concubin, le partenaire ou le(s) titulaires de l'autorité parentale

PATIENT CONCERNE PAR LA DEMANDE (si différent du demandeur)

Civilité : Madame Monsieur

Nom : Nom de naissance :
.....

Prénom : Date de naissance : / /

.....
Date de décès : / /

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 (à préciser) :
.....

Lorsque vous demandez une première copie de votre dossier médical, la prestation ne donne lieu à aucune facturation (hors frais d'envoi postal en recommandé avec avis de réception au tarif en vigueur), sauf pour les ayants-droits, concubins et partenaires liés par un PACS au décès du patient.

Lorsque vous avez déjà obtenu gratuitement une première copie de votre dossier médical et que vous formulez une nouvelle demande, les copies sont facturées 0,18 € l'unité et les CD-ROM dupliqués 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 de la personne désignée ci-dessous :

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 (facturation selon le cas).

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 :