

Accès au dossier médical Formulaire de demande

IDENTITE DU DEMANDEUR

NOM :
Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
.....
.....
Téléphone :
E-mail :

Toute demande de dossier médical doit être accompagnée de la copie de la pièce d'identité du demandeur (exemples : carte d'identité, passeport). Si le demandeur n'est pas le patient, des pièces justificatives complémentaires mentionnées ci-après seront nécessaires.

SI LE DEMANDEUR N'EST PAS LE PATIENT

Identité du patient concerné :

NOM, prénom du patient :
Né(e) le : Décédé(e) le, le cas échéant :

Qualité du demandeur (pièces à joindre obligatoirement à la demande)

- ☐ Concubin
- ☐ Partenaire lié par un acte civil de solidarité
- ☐ Ayant droit

○ Patient vivant

- ☐ Titulaire de l'autorité parentale
(Copie Carte Nationale d'identité ou Passeport du parent ; acte de naissance ou copie du livret de famille)
- ☐ Médecin désigné par le patient
(Carte ou attestation de l'ordre des médecins ; lettre datée, identifiée et signée du patient lui-même, le désignant comme intermédiaire)
- ☐ En charge de l'exercice de la mesure de protection juridique
(Copie Carte nationale d'identité ou Passeport du demandeur ; copie de la décision)
- ☐ Mandataire
(Mandat signé par le patient ; copie Carte nationale d'identité ou Passeport du mandataire et du mandant)
- ☐ Autre, Précisez :

○ Patient décédé

- Copie Carte nationale d'identité ou Passeport du demandeur ;
- Document attestant de la qualité d'ayant droit, de concubin ou de partenaire lié par un pacte civil de solidarité :
 - Si le demandeur est l'époux.se ou l'enfant : copie du livret de famille
 - Pour tout autre cas : certificat d'hérédité ou notarial
- Acte de décès si le patient n'est pas décédé dans l'établissement

ATTENTION : l'ayant droit ne dispose pas d'un droit d'accès général à l'ensemble des pièces du dossier patient. Il n'est autorisé à accéder qu'aux seuls éléments nécessaires à la réalisation de l'objectif poursuivi présent dans l'une des trois catégories listées par l'article L 1110-4 du Code de la santé Publique (2). L'équipe médicale responsable de la prise en charge du patient détermine quelles sont les pièces du dossier se rattachant à l'objectif invoqué.

Dans ce cadre, merci de bien vouloir préciser l'objectif de votre demande (ne cochez qu'une seule case) :

☐ Connaître la cause du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt

☐ Faire valoir ses propres droits

Possible uniquement si le décès est survenu au sein de l'établissement.

MOTIF A PRECISER (Conformément à l'article L 1110-4 du Code de la Santé Publique (2)), afin de permettre à l'équipe médicale de cibler les documents utiles :

NATURE DE LA DEMANDE

NOTA : dans le cas où le patient est décédé, conformément à l'article L 1110-4 du Code de la santé Publique (2), c'est l'équipe médicale qui ciblera les documents utiles pour répondre à votre demande.

Vous souhaitez :

☐ La partie du dossier correspondant à l'hospitalisation (précisez la date) :/...../.....

Merci de préciser les éléments :

☐ Compte rendu d'hospitalisation

☐ Compte rendu de consultation

☐ Compte rendu opératoire

☐ Bilans biologiques

☐ Autres pièces spécifiques :

Vous souhaitez :

☐ Qu'une copie du dossier soit envoyée par la poste en recommandé à votre domicile

☐ Qu'une copie du dossier soit envoyée par la poste en recommandé au médecin :

NOM Prénom :

Adresse :

☐ Obtenir un rendez-vous pour que le dossier vous soit remis en main propre

☐ Obtenir un rendez-vous pour une consultation sur place du dossier en présence du médecin.

Fait le :/...../.....

Signature du demandeur

Délai de transmission

- Dans les 8 jours suivant la demande après un délai de réflexion de 48 heures
- Dans les 2 mois si les informations datent de plus de 5 ans

Toute demande est facturée 7 euros (sauf consultation sur place, sans copie du dossier)

Afin que votre demande soit recevable, merci de bien vouloir nous adresser votre règlement avec le formulaire.

Réservé à l'établissement – NE RIEN INSCRIRE

Demande acceptée le...../...../.....

Demande refusée le...../...../..... Motif :