

Demande d'accès au dossier médical

Les informations contenues dans un dossier médical sont strictement confidentielles et nous attirons votre attention sur le caractère personnel des informations que vous allez détenir, notamment vis-à-vis de tierces personnes.

IDENTITE DU PATIENT

NOM : Prénom(s) :
NOM de jeune fille :
Date de naissance :/...../..... Lieu de naissance :
Adresse : Code postal Ville :
Téléphone : E-mail :

IDENTITE DU DEMANDEUR (si pas le patient)

NOM : Prénom :
Date de naissance :/...../.....
Adresse : Code postal Ville :
Téléphone : E-mail :

QUALITE DU DEMANDEUR

- Patient
- Ayant droit, précisez le lien de parenté :
 - Fournir la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur,
 - Fournir la copie du justificatif en qualité d'ayant droit (livret de famille, convention PACQ, certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur, certificat d'hérédité...)
- Mandataire agissant pour le compte du patient
 - Fournir la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et du patient
 - Fournir un mandat écrit du patient désignant nommément le mandataire
- Représentant légal
 - Fournir la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et du patient mineur
 - Fournir la copie du livret de famille ou de l'acte de naissance
 - Tout jugement existant et se prononçant sur l'autorité parentales (par ex : en cas de divorces, copie de l'ordonnance du juge aux affaires familiales)
- Tuteur (majeur sous tutelle à la personne)
 - Fournir la copie recto-verso de la pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé
 - Fournir la copie de l'ordonnance du juge des tutelles
- Médecin désigné par le patient
 - Fournir la Carte ou attestation de l'ordre des médecins
 - Fournir un mandat écrit, datée, identifié et signé du patient désignant nommément comme intermédiaire



Tourner s'il vous plaît

O Si le patient est décédé

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 :

ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES

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 (les) date(s)) :/...../..... /...../..... /...../.....

Merci de préciser les éléments :

- Compte rendu d'hospitalisation
 Compte rendu de consultation
 Compte rendu opératoire
 Bilans biologiques
 Autres pièces spécifiques :

MODE DE COMMUNICATION DU DOSSIER

Vous souhaitez :

- Envoi postal à l'adresse du demandeur (Recommandé avec accusé de réception)
 - Retrait sur place. Toute personne venant retirer les documents à votre place devra présenter un mandat écrit la désignant comme mandataire, ainsi que sa pièce d'identité et la vôtre.
 - Consultation sur place (le rendez-vous sera fixé par le secrétariat en présence du médecin concerné)

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 par envoi de copie en recommandée avec accusé de réception est facturée 7 euros

ATTESTATION

Je soussigné(e), M., Mme : Certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

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

Signature du demandeur

Réservé à l'établissement – NE RIEN INSCRIRE

Demande acceptée le...../...../.....

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

Les informations recueillies sur ce formulaire sont nécessaires pour le traitement de vos données. Conformément au Règlement n°2016/679 (RGPD), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement et de limitation du traitement de vos données. Pour plus d'informations sur vos droits, vous pouvez contacter le délégué à la protection des données dpo@rocheplane.org.