

FORMULAIRE DE DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

I. Identité du demandeur :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse
.....

Tél fixe : Portable :

Adresse mail :

Agissant en qualité de :

<input type="checkbox"/> Patient	Fournir la copie d'une pièce d'identité
<input type="checkbox"/> Tuteur	Fournir les copies : - D'une pièce d'identité du demandeur et du majeur protégé - De l'ordonnance du juge des tutelles
<input type="checkbox"/> Ayant droit (lorsque le patient/résident est décédé) <input type="checkbox"/> conjoint <input type="checkbox"/> frère/sœur <input type="checkbox"/> père/mère <input type="checkbox"/> enfant <input type="checkbox"/> autre parent	Fournir les copies : - D'une pièce d'identité du demandeur, - De la preuve de la qualité d'ayant droit (copie du livret de famille, acte de naissance ou contrat particulier) - Acte de notoriété, certificat d'h hérédité - Ainsi que la copie du certificat de décès Votre demande doit être motivée en application de l'art L1110-4 du code de santé publique : <input type="checkbox"/> connaître les causes du décès <input type="checkbox"/> défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> faire valoir ses droits <input type="checkbox"/> autre, à préciser NB : sauf volonté contraire du défunt (article L1110-4 al.7 du code de la santé publique)

2 Dossier médical demandé :

NomNom de jeune fille

Prénom Date de naissance.....

Séjour(s) concerné(s) : service(s) et période(s) d'hospitalisation :

..... duau

..... duau

..... duau.....

Documents demandés : **les copies seront facturées 0.18 € la feuille + les frais d'envoi en LRAR selon tarifs postaux en vigueur**

- Compte rendu d'hospitalisation ou lettre de sortie
- Résultats d'examens, précisez lesquels :.....
- Compte rendu opératoire
- Compte rendu de consultation
- Dossier infirmier
- Dossier entier

Précisez votre demande

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

3 Modalité d'accès au dossier médical :

En l'absence de précisions sur les modalités de communication, les documents demandés seront envoyés à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception



Des frais seront donc facturés

- Envoi de copie :**
 - à l'adresse du demandeur en recommandé avec accusé de réception
 - à l'adresse du médecin ci-dessous désigné en recommandé avec accusé de réception

NomPrénom.....

Adresse :

Tél :

Remise des copies en main propres dans le service concerné :

Vous serez contacté par le secrétariat médical par mail ou par téléphone pour connaître la date et l'heure de remise des copies.

Consultation sur place :

- je viendrai seul
- accompagné d'une tierce personne
- ou d'un médecin

Je prends acte du fait que je bénéficierai de l'accompagnement d'un médecin de l'établissement pour prendre connaissance des informations médicales. Je pourrai me faire remettre copie des documents médicaux (facturable au tarif en vigueur)

Le médecin de l'hôpital pourra recommander, s'il le juge nécessaire, la présence d'un accompagnant de votre choix pour la consultation sur place de votre dossier.

Ce formulaire ainsi que les photocopies des pièces d'état civil doivent être transmis à :

Monsieur Le Directeur du Centre Hospitalier Intercommunal Dronne Double

Service RH Relations avec les usagers

La Meynardie

24410 Saint Privat en Périgord

Fait àle.....

Signature :