

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL

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.

Votre demande doit être formulée au moyen de cet imprimé dûment complété, signé et accompagné des justificatifs demandés.

Elle doit être adressée à :

**Madame la Directrice Générale du Centre L'ESPOIR
25 pavé du Moulin, BP n°1
59260 HELLEMES**

IDENTITE DU DEMANDEUR

Nom : Prénom :

Nom de jeune fille :

Date de naissance : / /

 Adresse :

Code postal : Ville :

 Téléphone :

 Mail :@.....

QUALITE DU DEMANDEUR

☐ **Patient** – Fournir la copie recto-verso d'une pièce d'identité (carte d'identité ou passeport)

☐ **Représentant légal (patient mineur)**

- 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 parentale (par ex : en cas de divorce, 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

☐ **Ayant droit (patient décédé), 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 PACS, certificat de concubinage ou attestation sur l'honneur, certificat d'hérédité...)

Parmi les 3 motifs ci-dessous, indiquez précisément **celui** correspondant à votre demande :

- ☐ Connaitre les causes de la mort
- ☐ Défendre la mémoire du défunt :
- ☐ Faire valoir vos droits :

☐ **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

IDENTITE DU PATIENT

Nom : Prénom :
 Nom de jeune fille :
 Date de naissance : / / Lieu de naissance :

ELEMENTS DU DOSSIER DEMANDES

Je demande les pièces suivantes :

- ☐ L'intégralité du dossier : dossier médical et de soins, prescriptions, courriers et comptes rendus
☐ Les pièces essentielles : compte-rendu d'hospitalisation, d'imagerie et de consultations ayant eu lieu durant le/les séjour(s) concernés
☐ Le compte-rendu d'hospitalisation du/des séjour(s) concernés uniquement
☐ Autres, précisez :

Périodes et services concernés par ma demande :

MODE DE COMMUNICATION DU DOSSIER

- ☐ Envoi postal à l'adresse du demandeur (Recommandé avec accusé de réception)
☐ Consultation sur place (le rendez-vous sera fixé par le secrétariat en présence du médecin concerné)
☐ 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.

Le mode de communication standard des éléments se fait par version dématérialisée sur clé USB chaque fois que cela est possible. En cas de difficulté avec ce format merci de cocher la case ci-dessous :

☐ Je ne souhaite pas recevoir mon dossier en version dématérialisée

TARIFS

Nous vous informons que le coût de la clé USB ou d'éventuelles copies et, le cas échéant, de l'envoi postal en recommandé avec AR sont facturés au demandeur selon le barème suivant :

Clé USB	2,60 €
Photocopie - Format A4 recto	0,18 € par photocopie
Frais postaux (recommandé avec AR)	Selon volume et poids de l'envoi

Le retrait ou l'envoi des pièces demandées se fera contre règlement de la facture.

ATTESTATION

Je soussigné(e), M., Mme :
 certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus, et accepte de prendre en charge les frais de la clé USB ou des photocopies et le cas échéant, l'envoi postal en recommandé des éléments demandés.

DATE ET SIGNATURE