

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

<i>(partie réservée au CH)</i>	<b>RECU LE</b>	<b>VISA</b>
--------------------------------	----------------	-------------

*Nous vous rappelons le caractère strictement personnel des informations médicales qui sont susceptibles de vous être communiquées. Le demandeur autre que le patient lui-même est pénalement tenu au respect du secret médical. Il lui appartient d'en protéger la confidentialité et l'usage qui pourrait en être fait auprès de tiers (famille, entourage, employeur, banquier, assureur,...)*

<b>PATIENT</b>	<b>DEMANDEUR (si différent du patient)</b>
Nom Prénom :	Nom Prénom :
Date de naissance :	Date de naissance :
Adresse :	Adresse :
☎ :	☎ :

<b>QUALITE DU DEMANDEUR</b>	<b>JUSTIFICATIFS A FOURNIR</b>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes le patient</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie d'une pièce d'identité (carte d'identité recto verso, passeport, permis de conduire)</li> <li>Autres, précisez : .....</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes titulaire de l'autorité parentale d'un patient mineur</b> <small>Attention : le mineur peut refuser à son/ses représentants légaux l'accès à ses informations personnelles médicales ou le conditionner à la présence d'un médecin lors de sa consultation.</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de votre pièce d'identité et de celle du mineur (carte d'identité recto-verso, passeport, permis de conduire)</li> <li>Copie du livret de famille ou décision de justice vous attribuant tout ou partie de l'autorité parentale.</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes tuteur d'une personne ou d'un majeur protégé</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, permis de conduire)</li> <li>Copie de la décision de justice vous attribuant la qualité de tuteur</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes mandataire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, permis de conduire)</li> <li>Copie de l'acte vous donnant mandat pour obtenir des informations médicales</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes médecin intermédiaire</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, permis de conduire)</li> <li>Copie de la carte professionnelle de santé</li> <li>Copie de votre désignation de médecin intermédiaire par le patient</li> </ul>
<input type="checkbox"/> <b>Vous êtes un ayant droit d'un patient décédé :</b> <small>Attention : sauf volonté contraire exprimée par le défunt avant sa mort.</small>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Copie de votre pièce d'identité et de celle du patient (carte d'identité recto-verso, passeport, permis de conduire)</li> <li>Copie du livret de famille</li> <li>A défaut copie de l'acte notarié prouvant que vous êtes un successeur légal du défunt</li> </ul> <p><b>PRÉCISER IMPÉRATIVEMENT le motif de la demande</b></p> <input type="checkbox"/> pour connaître les causes de la mort <input type="checkbox"/> pour défendre la mémoire du défunt <input type="checkbox"/> pour faire valoir les droits du défunt

## INFORMATIONS DEMANDEES

Ensemble du dossier.

Pièces particulières : (précisez)

Observation médicale

Radios et clichés d'imagerie

Dossier de soins infirmiers

Correspondances

Prescriptions

Compte-rendu d'hospitalisation

Dossiers intervenants médico-techniques

Résultats de biologie

Electrocardiogrammes

Autre(s) : \_\_\_\_\_

## MODALITES DE COMMUNICATION DES INFORMATIONS DEMANDEES

*Nous vous proposons un dispositif d'accompagnement médical, un médecin peut être à votre disposition lors de la consultation du dossier afin de répondre à vos éventuelles questions.*

<p><b>CONSULTATION SUR PLACE</b></p>	<p><input type="checkbox"/> Seul</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnement médical avec le médecin qui vous a suivi(e)</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagnement médical avec un autre médecin</p> <p><input type="checkbox"/> Accompagné d'une tierce personne de votre connaissance<sup>1</sup></p>
<p><b>COPIES</b></p> <p>Tel que le prévoit le nouvel article d1111-7 du code la santé publique, vous vous engagez à prendre en charge les frais de copie de votre dossier et de son expédition à réception de la facture.</p> <p><i>Copie dossier médical : 10 € (forfait)</i></p> <p><i>Contretypes clichés radiographiques 24X30 : 6 €</i></p> <p><i>Contretypes clichés radiographiques 36X43 : 10 €</i></p> <p><i>Frais d'affranchissement : selon tarifs postaux en vigueur</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Enlèvement sur place</p> <p><input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception à mon adresse<sup>2</sup></p> <p><input type="checkbox"/> Envoi en recommandé avec accusé de réception chez mon médecin<sup>2</sup> :</p> <p>NOM : .....</p> <p>ADRESSE : .....</p> <p>.....</p>

Fait à .....Le .....**Signature du demandeur.**

<sup>1</sup> **Attention** : la tierce personne aura ainsi connaissance des informations strictement personnelles sur votre santé, elle est tenue pénalement de respecter la confidentialité de ces informations.

<sup>2</sup> Les frais d'envoi en recommandé seront facturés en plus, selon le tarif en vigueur.