

DEMANDE D'ACCES AU DOSSIER MEDICAL_FORMULAIRE DE DEMANDE

Ce document doit être complété pour demander l'accès aux informations médicales d'un patient, soit par le patient lui-même, soit par un de ses représentants ou ayant droit pour un patient décédé.

Ce formulaire doit être adressé à la Direction de l'établissement accompagné des pièces justificatives.

Identité du demandeur

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date et lieu de naissance : ... / ... / à

Numéro de téléphone : ... / ... / ... / ... /

Adresse :

.....

Identité de l'usager

à remplir si le demandeur n'est pas l'usager

Nom de naissance : Nom d'usage :

Prénom : Date et lieu de naissance : ... / ... / à

Si patient décédé, date et lieu du décès : ... / ... / à

Motif de la demande

Faire valoir mes droits :

Précisez :

.....

.....

Patient décédé :

Connaître les causes du décès

Défendre la mémoire du défunt :

Précisez :

.....

.....

Détail du/des séjour(s) concerné(s) par la demande :

L'ensemble des séjours effectués en **sanitaire**

Séjour du ... / ... / au ... / ... /

Parcours EHPAD

Parcours SSIAD

Eléments du dossier médical souhaités

L'intégralité du dossier médical

OU (cocher le ou les élément(s) du dossier médical souhaité(s))

Courrier(s) :

d'entrée

Compte(s) rendu(s) :

de consultation
externe

Dossier de soins

Autres documents,

précisez :

.....



Modalités d'accès au dossier médical

- Consultation sur place (gratuite et sur rendez-vous)
- avec accompagnement médical (présence du médecin concerné ou de l'un de ses confrères)
- Envoi par courrier à mon domicile par lettre recommandée avec accusé de réception (**par défaut**)
- Remise en mains propres
- A moi-même
- A une personne mandatée par mes soins (*la personne désignée devra disposer d'une procuration justifiée et signée et présenter une pièce d'identité*)

Nom : Prénom :

Délai d'accès au dossier médical (Articles L.1111-7 et R1111.1 du Code de la santé publique)

- Pour les dossiers datant de moins de 5 ans : le délai est de 8 jours à compter de la réception de votre demande complète et au plus tôt après le délai légal de réflexion de 48 heures
- Pour les dossiers datant de plus de 5 ans, le délai est porté à 2 mois

Par la présente, je sollicite la communication du dossier médical cité ci-dessus, et m'engage à payer, le cas échéant, les frais* en découlant.

Date : / /

Signature :

Pièces justificatives à fournir

Vous êtes :

| Patient | Tuteur | Curateur | Ayant-droit |
|-------------------------------|---|--|--|
| Pas de justificatif à fournir | ➤ Justificatif de qualité de titulaire de tutelle (copie de jugement) | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Justificatif de qualité de titulaire de curatelle (copie de jugement) ➤ Certificat de décès si le décès n'a pas eu lieu au CH Ernée | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Pièce d'identité du demandeur ➤ Livret de famille ou certificat d'hérédité ➤ Certificat de décès si le décès n'a pas eu lieu au CH Ernée |
| | | Si patient vivant : Procuration originale datée et signée par le patient autorisant l'accès à son dossier médical | |

Si mandataire : Pièce identité du mandant **et** du mandataire

***La communication du dossier médical est payante et reste à votre charge (Loi bio-éthique du 02/08/2021) sauf si vous demandez votre dossier médical pour la première fois.**

- Les frais de copie sont au tarif de 0,18 € par photocopie et 2,75€ le CD gravé.
- L'envoi en recommandé avec accusé de réception selon tarif en vigueur

Pour assurer le respect de la confidentialité, la transmission des éléments médicaux ne peut être faite par mail ou par fax.