

FORMULAIRE DE DEMANDE DE DOSSIER MÉDICAL

(à compléter en lettre capitale)

Le présent formulaire dûment rempli et signé (signature manuscrite) doit être accompagné des pièces obligatoires, listées ci-dessous selon la situation du demandeur.

Je soussigné(e)

Nom de Naissance : Nom Marital :
Prénom : Date de naissance :/...../.....
Adresse :
.....
N° de téléphone :/...../...../...../.....

Demande la communication des informations contenues :

dans mon dossier médical

Joindre :

- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).

dans le dossier médical de :

Nom de Naissance : Nom Marital :
Prénom : Date de naissance :/...../.....

J'agis en tant que :

Représentant légal :

Joindre :

- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).
- une copie de **tout document attestant de votre autorité parentale** (livret de famille, jugement, acte de naissance).

Conformément à la législation, l'enfant mineur peut s'opposer à la communication de son dossier médical au titulaire de l'autorité parentale.

Tuteur :

Joindre :

- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).
- une copie **du jugement de tutelle**.

Ayant droit d'un patient décédé : Date du décès :/...../.....

Mention obligatoire à cocher :

- Connaître la cause du décès
 Défendre la mémoire du défunt, précisez.....
.....
 Faire valoir mes propres droits, précisez.....
.....

Joindre :

- la photocopie recto/verso **de votre pièce d'identité** (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire).
- une copie **du livret de famille ou d'un acte notarié et/ou d'un acte de naissance** avec le lien de parenté.
- une copie de **l'acte de décès** si le patient n'est pas décédé dans notre établissement.

Modalités de communication :

Je souhaite l'envoi des copies de ces informations par COURRIER POSTAL à l'adresse indiquée. Dans le cas contraire merci de bien vouloir préciser l'adresse : (l'envoi par mail est interdit par la loi).....
.....

Je viendrai chercher mon dossier médical.

J'autorise Nom : Prénom : à venir chercher mon dossier médical.

Je souhaite consulter sur place le dossier médical. Cette consultation est assurée uniquement sur rendez-vous par un médecin du Département de l'Information Médicale. La secrétaire prendra contact avec le demandeur afin de fixer une date.

IMPORTANT :

Afin que nous puissions vous répondre au mieux, veuillez préciser la période d'hospitalisation ainsi que le motif de votre demande et/ou les documents souhaités (sachez que les comptes rendus d'hospitalisation suffisent généralement à répondre à vos questions) :

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

TARIFS

J'ai pris note que la reproduction de documents déjà transmis est payante (selon la législation en vigueur).

Veuillez cocher l'une des deux formules suivantes :	
<input type="checkbox"/> 1 ^{er} DEMANDE : copie de comptes rendus (hospitalisations, consultations, examens)	GRATUITE
<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} DEMANDE : en cas de demande de documents déjà transmise une première fois. Pour celle-ci, vous devez joindre au formulaire votre règlement par chèque à l'ordre du TRESOR PUBLIC / REGIE SGAP. L'envoi de ces copies est alors effectué par recommandé avec accusé de réception, <u>après réception du règlement.</u>	30 EUROS

Vous pouvez retourner votre demande par courrier postal, par mail ou venir la déposer dans la boîte aux lettres du service de communication des dossiers médicaux (Département de l'Information Médicale).

A, le/...../.....

SIGNATURE DU MINEUR A PARTIR DE 12 ANS :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :