

Formulaire de demande d'accès au dossier médical

Identité du demandeur	Identité du patient (si différent du demandeur)
Je soussigné(e) : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur NOM..... Prénom(s)..... NOM de naissance..... Né(e) le..... À : Département..... Pays..... Adresse personnelle..... Téléphone..... E- mail :	Je soussigné(e) : <input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur NOM..... Prénom(s)..... NOM de naissance..... Né(e) le..... À : Département..... Pays..... Adresse personnelle..... Téléphone..... E- mail :

Qualité du demandeur	Motif de la demande (à renseigner et signer par le demandeur)
<ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Les titulaires de l'autorité parentale <input type="radio"/> Le tuteur ou mandataire judiciaire privé <input type="radio"/> Les ayants droits <input type="radio"/> Le médecin éventuellement désigné <input type="radio"/> Le médecin prescripteur de la prise en charge <input type="radio"/> Le mandataire 	Nous vous remercions de nous faire connaître la ou les raisons motivant votre demande d'accès : <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Suivi médical <input type="radio"/> Faire valoir mes droits <input type="radio"/> Défendre la mémoire du défunt <input type="radio"/> Connaître les causes de la mort

Pièces justificatives à joindre à votre demande
<p><i>Afin de garantir la confidentialité des informations médicales concernant votre santé ou celle de la personne propriétaire du dossier, nous vous serions reconnaissants de nous faire parvenir les documents cochés :</i></p> <p>Pour toutes demandes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Copie de la carte nationale d'identité ou du passeport (demandeur + patient), <p>Le cas échéant :</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Si le demandeur est le tuteur copie de la carte nationale d'identité du tuteur et de la décision du tribunal de grande instance. <input type="radio"/> Si le demandeur est un ayant droit : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> un certificat d'hérédité (succession simple), <input type="checkbox"/> un acte de notoriété (succession complexe), <input type="checkbox"/> un livret de famille au profit du conjoint ou des descendants. <input type="radio"/> Si le demandeur est un médecin désigné par l'une de ces personnes : justificatif du demandeur (tuteur, ayant droit, ou détenteur de l'autorité parentale) + copie de la carte professionnelle du médecin. <input type="radio"/> Si le demandeur est un mandataire : mandat exprès <input type="radio"/> Autres :

Nature de la demande (à renseigner par le demandeur)

Je souhaite avoir communication des pièces de mon dossier médical correspondant au (x) séjour(s) suivant(s) :

Date(s) d'hospitalisation, de consultation ou d'examen		Service concerné	Médecin concerné
Du (JJ/MM/AA)	Au (JJ/MM/AA)		

Je demande communication des documents médicaux suivants :

- L'intégralité de mon dossier médical correspondant au(x) séjour(s) précisé(s) ci-dessus
- Les Courriers médicaux et comptes rendus d'hospitalisation et comptes rendus opératoires
- Les clichés radiologiques (radio, scanner, irm)
- Les Informations relatives aux soins infirmiers
- Autres, à préciser :

Modalités de consultation du dossier médical (à renseigner et signer par le demandeur)

Plusieurs modalités de consultation du dossier peuvent vous être proposées. Nous attirons votre attention sur le fait qu'un accompagnateur médical est souhaitable lors de cette consultation du dossier afin de vous aider à mieux comprendre les informations que vous pourrez y trouver. Si vous ne précisez pas la modalité de consultations qui vous semble la mieux adaptée, nous vous proposerons par défaut une date de rendez-vous pour la consultation sur place du dossier médical, en présence du médecin DIM désigné par l'établissement qui pourra répondre à vos questions éventuelles.

- Consultation sur place du dossier sur rendez-vous
Si oui, désirez-vous :
 - Un accompagnement par le médecin DIM de l'établissement oui non
 - Une copie des documents qui vous seront présentés oui non
- Envoi postal d'une copie du dossier ou des pièces particulières à un médecin désigné par vos soins
Si oui, veuillez préciser le nom et l'adresse de ce médecin : _____
- Envoi postal d'une copie du dossier ou des pièces particulières à vous même
Si oui, en recommandé avec accusé de réception : oui non

Attestation

- J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus.

Date :

Signature du demandeur :