

**RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS CONCERNANT LE PATIENT**

Nom de naissance, prénom :

Nom marital :

Lieu de naissance :

Date de naissance :        /        /

Adresse :

Téléphone :

**QUALITÉ DU DEMANDEUR**

Je soussigné(e) Mme, Mlle, M. (nom, prénom, nom de jeune fille) :

Né(e) le :        /        /

Domicilié(e) à :

Téléphone :

En qualité de :

- Patient
- Ayant-droit
- Représentant légal (détenteur de l'autorité parentale, majeur sous régime de protection juridique)

**RENSEIGNEMENTS NÉCESSAIRES AU TRAITEMENT DE LA DEMANDE**

Demande la communication des documents suivants :

- Compte-rendu(s) d'hospitalisation
- Dossier réglementaire (informations relatives à la prise en charge d'hospitalisation ; éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; le dossier de soins infirmiers, les informations formalisées établies à la fin du séjour ...) - Code de la santé publique, Art. R1112-2
- Duplicata de cliché(s) de radiographie(s)

Renseignements facilitant la recherche du dossier : date d'hospitalisation, service(s), nom du (des) médecin(s) hospitalier(s) :

.....

.....

Si vous êtes ayant-droit d'un patient décédé, merci de préciser les motifs de la demande (information obligatoire) :

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

**MODALITÉS DE COMMUNICATION**

Conformément à l'article L.1111-7 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé :

**Article L.1111-7** : La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel que soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

Tarifification : Photocopie papier : 0,18€ jusque 20 photocopies et 0,15€ au-delà. Frais d'envoi en recommandé et accusé de réception au tarif postal en vigueur.

Selon les modalités suivantes :

- Je souhaite consulter le dossier sur place en présence d'un médecin hospitalier (gratuit)
- Je souhaite le retrait du dossier au bureau des admissions (facturation des frais de copie)
- Je souhaite l'envoi postal du dossier à mon domicile (facturation des frais de copie et d'envoi)

Je souhaite que ce dossier soit adressé  au Docteur.....  
exerçant à.....

au mandataire de votre choix

Mme,M. ....exerçant à.....

**Pièces justificatives à joindre à ce formulaire (pièces en cours de validité) :**

- ✓ Photocopie d'une pièce d'identité
- ✓ Photocopie du livret de famille et/ou certificat d'hérédité et/ou de l'extrait de naissance et/ou de l'acte de notoriété (justifiant de la qualité d'ayant-droit)
- ✓ Livret de famille et/ou jugement de tutelle ou curatelle (justifiant de la qualité de détenteur de l'autorité parentale ou de tuteur/curateur)

**NB : le curateur ne peut prétendre exercer de plein droit le droit d'accès au dossier médical du majeur protégé sauf si ce dernier lui a délivré un mandat express en ce sens.**

Ces mêmes pièces justificatives d'identité seront à fournir le jour de la consultation ou du retrait sur place du dossier.

*Dès réception du présent formulaire dûment rempli et accompagné des justificatifs nécessaires, la mise à disposition des documents sera organisée par l'hôpital.*

Dans tous les cas, la délivrance de photocopies, contretypes et l'envoi postal en recommandé sont à la charge du demandeur.

Après transmission des documents demandés, un avis des sommes à payer vous sera adressé.

Je m'engage à payer les frais de reproduction du dossier médical, conformément aux tarifs sus-cités en vigueur.

Fait à \_\_\_\_\_ le : / /

Signature,

<b>Validation</b>	<b>Vérification</b>	<b>Approbation</b>
Directrice de l'Accueil et de la Gestion de la Clientèle	Cadre de santé SQS	Pilote du processus de rattachement « <b>Droits des patients</b> »
Prénom NOM : Solenne ROBERT, Date : 24/06/2019 Visa :	Prénom NOM : Hubert AUBERTIN Date : 24/06/2019 Visa :	Prénom NOM : Fanette ANCELOT Date : 24/06/2019 Visa :