

DEMANDE DE COMMUNICATION D'UN DOSSIER MEDICAL

1. VOTRE IDENTITE

Je soussigné(e), Madame - Monsieur :

NOM : NOM DE NAISSANCE (si différent) :

PRENOM : Né(e) le : ... / ... /

Domicilié(e) :

N° de téléphone Adresse mail :@.....

Vous êtes : ☐ Le patient

☐ Le représentant légal d'un patient (père, mère, tuteur) - *Merci de préciser l'identité du patient :*

Madame - Monsieur, né(e) Le ... / ... / ...

☐ L'ayant droit d'un patient décédé - *Merci de préciser l'identité du patient :*

Madame - Monsieur,né(e) Le ... / ... / ... et décédé(e) Le ... / ... / ...

2. VOTRE DEMANDE

2.1. Vous êtes le patient ou le représentant légal d'un patient :

☐ Compte rendu de mon hospitalisation du / / au / / Service :

☐ Les pièces essentielles du dossier médical

☐ Dossier médical dans son ensemble (*pièces communicables*)

☐ Autres documents :

2.2. Vous êtes un ayant-droit, précisez le motif de votre demande :

☐ Connaître les causes du décès

☐ Défendre la mémoire du défunt - *Merci de préciser :*

☐ Faire valoir vos droits - *Merci de préciser :*

3. VOS MODALITES DE COMMUNICATION

☐ Je souhaite consulter sur place les documents

☐ Je souhaite me déplacer pour récupérer les documents

☐ Je souhaite que l'on m'envoie par voie postale les documents

☐ Je souhaite que l'on envoie par voie postale les documents à un médecin que je désigne comme intermédiaire - *Merci de préciser son nom, son prénom, son adresse, et ses coordonnées téléphoniques*

.....

Les photocopies (0.18cts l'unité) - la duplication de CD d'imagerie (2.75€ l'unité) et l'envoi postal en recommandé sont à la charge du demandeur

4. PIECES JUSTIFICATIVES A JOINDRE A VOTRE DEMANDE

Si vous êtes le patient :

☒ Copie de votre pièce d'identité (recto-verso) Si vous

êtes Le représentant légal d'un patient :

☒ Copie de votre pièce d'identité (recto-verso)

☒ Copie de la pièce d'identité du patient (recto-verso)

☒ Copie d'un justificatif attestant de la qualité de représentant légal (livret de famille, jugement,...)

Si vous êtes l'ayant droit d'un patient décédé :

☒ Copie de votre pièce d'identité (recto-verso)

☒ Copie d'un document attestant de votre qualité d'ayant droit du patient

Je reconnais avoir été informé(e) du caractère strictement personnel des informations que je vais détenir.

Fait à , Le / /

Signature :

Merci de transmettre le présent formulaire complété et les pièces justificatives à l'adresse suivante :

Direction
Groupe Hospitalier et Médico-social des collines vendéennes
9 avenue du Maréchal Leclerc
85 120 LA CHATAIGNERAIE

Ce formulaire sera ensuite transmis au(x) service(s) de soins concerné(s) par votre demande.

INFORMATIONS RELATIVES A LA COMMUNICATION DES DOSSIERS MEDICAUX

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 contraint l'établissement à vérifier l'identité du demandeur.

La communication de votre dossier médical à un tiers se fait sous votre entière responsabilité.

Les frais de reproduction et d'envoi en lettre recommandée avec accusé de réception sont facturés au demandeur. En cas de remise en mains propres, vous réglerez la somme avant de récupérer les copies. En cas d'envoi postal, vous recevrez une facture à régler après réception de vos copies.

La loi impose aux établissements de santé des délais de communication. Si la dernière prise en charge date de moins de 5 ans, la communication se fera dans les 8 jours, à compter de la réception de la demande complète. Si la dernière prise en charge date de plus de 5 ans, ce délai est porté à 2 mois.

Enfin, la loi impose aux établissements de santé la conservation des dossiers médicaux pendant 20 ans à compter de la date du dernier passage du patient dans l'établissement, sauf cas particuliers, et pendant 10 à compter de la date du décès du patient.