	FORMULAIRE	<i>Processus : Information médicale</i>
		<i>Sous-processus : Droit des patients</i>
	<i>Demande de dossier médical</i>	<i>Réf : FO-DIM-01</i>
		<i>Date : 22/05/2023</i>
Mot(s) Clé(s) : Accès, dossier médical	Réf. HAS : 3.2-09	
Personnel concerné : Usager	Réf. Instruction : IT-DIM-02	

Le présent formulaire dûment rempli et signé (signature manuscrite) doit être expédié à la direction de l'établissement accompagné des pièces demandées.

Je soussigné(e)

Nom : Nom de Naissance :

Prénom : Né(e) le : / / à Pays :

Sexe : H F Demeurant.....

.....Numéro de téléphone :

Demande la communication des informations contenues :

dans mon dossier médical

- Joindre une copie recto/verso de votre carte nationale d'identité, de votre passeport ou de votre permis de conduire.

dans le dossier médical de :

NOM : Prénom :

Né(e) le : / / à Pays :

Sexe : H F Nom 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

	FORMULAIRE		<i>Processus : Information médicale</i>
			<i>Sous-processus : Droit des patients</i>
	<i>Demande de dossier médical</i>		<i>Réf : FO-DIM-01</i>
			<i>Date : 22/05/2023</i>
Mot(s) Clé(s) : Accès, dossier médical		Réf. HAS : 3.2-09	
Personnel concerné : Usager		Réf. Instruction : IT-DIM-02	

Conformément à la réglementation en vigueur (arrêté du 3 janvier 2007), seuls vous seront communiqués les éléments du dossier médical vous permettant de répondre au motif invoqué ci-dessus

Périodes d'hospitalisation (un dossier médical est constitué à chaque hospitalisation)

Dates et Services d'hospitalisation :

Modalités de communication

- Envoi de copies à mon domicile par courrier postal à l'adresse indiquée ci-dessus.
- Envoi de copies par courrier postal à un médecin de mon choix à l'adresse suivante :
.....
- Envoi de copies sur mon adresse de messagerie citoyenne (seulement pour les demandes de son propre dossier)
- Remise de copies en mains propres
- Consultation sur place (gratuit - vous pouvez demander un accompagnement médical)
- J'autorise Nom : Prénom..... à venir chercher mon dossier médical (Joindre la photocopie recto/verso de la pièce d'identité (carte nationale d'identité, passeport ou permis de conduire) du mandataire; ainsi que le **mandat original**).

Tarifs

- J'ai pris note que la reproduction du dossier médical est payante :

Copie d'une page de format A4 ou équivalent en impression noir et blanc	Tarif en vigueur, se renseigner auprès de l'établissement
Frais d'expédition	Tarif en vigueur appliqué par La Poste pour lettre recommandée R2 avec avis de réception

Le dossier médical ne sera remis qu'après paiement. En cas d'envoi, une "Demande de Paiement" indiquant le montant de la somme due vous sera adressée. Une fois le paiement effectué, le double du dossier vous sera envoyé.

Retourner votre demande :

par courrier postal :

ou par mail :

ou venir la déposer directement à l'accueil de l'établissement.

Centre SSR LA CLAUZE
Lieu-dit La Clauze
12170 SAINT-JEAN DELNOUS

contact@laclauze.fr

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

SIGNATURE DU MINEUR A PARTIR DE 12 ANS :

SIGNATURE DU DEMANDEUR :